Plates wanting

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN CHIRURGIE,

Présentée et soutenue le 21 *janvier* 1846,

Par GEORGES-FRANÇOIS-ISAAC MAYOR,
né à Genève (Suisse),

DOCTEUR EN CHIRURGIE,

Interne des hôpitaux et hospices civils de Paris, Membre de la Société anatomique.

RECHERCHES

SUR

LES TUMEURS ÉPIDERMIQUES

ET LEURS RELATIONS AVEC L'AFFECTION CANCÉREUSE.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS.

RIGNOUX, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
rue Monsieur-le-Prince, 29 *bis*.

1846

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

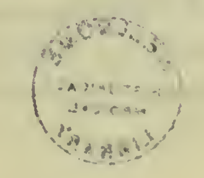
M. ORFILA, DOYEN.	MM.
Anatomie	....
Physiologie	BÉRARD aîné.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	GAVARRET.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacie et chimie organique	DUMAS, Président.
Hygiène	ROYER-COLLARD.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. GERDY aîné.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. PIORRY.
Anatomie pathologique	CRUVEILHIER.
Pathologie et thérapeutique générales	ANDRAL.
Opérations et appareils	BLANDIN.
Thérapeutique et matière médicale	TROUSSEAU.
Médecine légale	ADELON.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	FOUQUIER. CHOMEL. BOUILLAUD. ROSTAN.
Clinique chirurgicale	ROUX. J. CLOQUET. VELPEAU. AUGUSTE BÉRARD.
Clinique d'accouchements	P. DUBOIS, Examinateur.

Agrégés en exercice.

MM. BARTH.	MM. GOSSELIN, Examinateur.
BEAU.	GRISOLLE.
BÉCLARD.	MAISSIAT.
BEHIER.	MARCHAL.
BURGUIÈRES.	MARTINS.
CAZEAUX.	MIALHE.
DENONVILLIERS.	MONNERET.
DUMÉRIL fils.	NÉLATON.
FAVRE.	NONAT.
L. FLEURY.	SESTIER.
J.-V. GERDY.	A. TARDIEU.
GIRALDÈS.	VOILLEMIER, Examinateur.

A MON PÈRE, MON PREMIER MAITRE,

LE DOCTEUR F. MAYOR, DE GENÈVE.



G.-F.-I. MAYOR.

Je prie mes maîtres dans les hôpitaux, MM. VELPEAU, ANDRAL, THÉVENOT DE SAINT-BLAISE, AUVITY, GUÉRARD, MALGAIGNE et LENOIR, d'agréer l'expression de ma reconnaissance pour la bienveillance dont ils m'ont honoré, et pour l'instruction que je leur dois.



G.-F.-I. MAYOR.

RECHERCHES

SUR LES

TUMEURS ÉPIDERMIQUES

ET

LEURS RELATIONS AVEC L'AFFECTION CANCÉREUSE.

L'ordre pathologique des tumeurs épidermiques n'a compté jusqu'à ces derniers temps que quelques espèces trop évidentes pour être méconnues; je veux parler des productions cornées ou cornes, des cors, des durillons, des verrues. Les études hystologiques, secondées de l'emploi du microscope, ont fait reconnaître que l'épiderme n'est pas une couche inorganique de mucus concret ou desséché, une sorte de vernis défensif, mais bien une membrane composée de cellules à caractères bien distincts et dont le développement ou l'évolution indique assez la vie.

Dès lors on a reconnu que d'autres tumeurs, en appareuce bien dissemblables, étaient aussi composées de cellules épidermiques, mais disposées autrement et ailleurs qu'à la surface même de la peau.

Au commencement de 1844, je présentais à la Société anatomique une tumeur de la lèvre inférieure, enlevée à titre de cancer encéphaloïde, et dans laquelle j'avais trouvé la composition élémentaire dont je viens de parler. Trois autres cas de même nature furent signalés à la même Société dans un petit travail que je présentais au mois d'août, et qui fut inséré dans le numéro de septembre de ses *Bulletins*.

A la même époque, M. Ecker d'Heidelberg observait des faits semblables et les publiait dans les Annales de Roser et Wunderlich. Depuis lors les recherches déjà anciennes de M. Lebert, qui furent publiées en 1845, et une communication de M. Sédillot à l'Académie des sciences, sont venues mettre hors de doute ce fait, que parmi les tumeurs enlevées chaque jour sous le titre de cancer, un grand nombre sont composées de cellules épidermiques accumulées dans les mailles du derme.

Le travail que je présente pour ma thèse est le résultat des recherches que j'ai faites sur ce sujet.

Quelques mots sur l'anatomie de la peau seront utiles pour faire comprendre la description que je donnerai des tumeurs épidermiques, et m'éviteront des digressions nombreuses.

RÉSUMÉ ANATOMIQUE.

La peau, enveloppe générale du corps, organe du tact et du toucher, est une couche de tissu cellulaire contractile, élastique, en continuité directe, par sa face profonde, avec le tissu cellulaire sous-cutané, et dont la face externe est recouverte d'une couche plus ou moins épaisse d'épiderme.

En outre du tissu cellulaire qui forme la trame et la base de ce qu'on appelle le derme, on observe, dans l'épaisseur de la peau, un réseau capillaire sanguin qui sert à sa nutrition et à des sécrétions diverses, un réseau lymphatique servant probablement à la résorption de ses éléments constituants, des follicules pileux, des glandes sébacées, des glandes sudoripares; tels sont les éléments qui lui appartiennent en propre, et dont l'arrangement respectif varie dans les différents points du corps.

Les fibres du tissu cellulaire sous-cutané forment entre elles des mailles, circonscrivant des espaces plus ou moins régulièrement polyédriques. Ces mailles se resserrent et se rapprochent à mesure qu'on les examine dans un point plus rapproché du derme; les cel-

lules adipeuses qu'elles renferment disparaissent peu à peu à mesure que d'autres organes semblent les remplacer.

Situées horizontalement dans la couche profonde du derme pour former ces mailles, les fibres cellulaires, en s'approchant de la surface, prennent peu à peu une disposition tout opposée, c'est-à-dire perpendiculaire à celle-ci, pour former avec les vaisseaux et les nerfs de petites houppes ou papilles dont les éléments marchent parallèlement les uns relativement aux autres. Ces deux dispositions inverses ont reçu de Pappenheim les deux noms d'*expansion horizontale* et d'*expansion verticale du derme*.

Les papilles sont les organes du toucher; aussi les voyons-nous d'autant plus développées qu'elles appartiennent à des régions du corps plus spécialement destinées au toucher précis: tels sont la face interne des doigts et de la main, la face plantaire du pied, le mamelon, les lèvres, le palais, la langue, la surface du gland et du clitoris, la face interne des grandes lèvres, les nymphes, la face interne du vagin. Partout d'ailleurs l'expansion verticale du derme est tout à fait rudimentaire. C'est à la présence dans leur épaisseur des ramifications nerveuses que les papilles doivent leur faculté de sentir. La distribution des ramuscules nerveux, à leur terminaison à la peau, est le sujet de controverses qu'il importe peu de rapporter ici; disons seulement que l'extrême sensibilité des papilles mises à nu prouve plus en faveur de la description de Gerber, qui fait arriver dans chaque papille six à neuf anses nerveuses s'étalant à la surface, qu'en faveur de celle de Pappenheim, qui les fait s'arrêter à la base de la papille.

Les vaisseaux sanguins présentent aussi, comme les fibres cellulaires, une sorte d'expansion horizontale à mailles multipliées dans la couche profonde du derme, tandis que, dans les papilles, ils décrivent des anses parallèles et verticales. Il faut ajouter ici, pour l'intelligence complète de la papille, que tous ces éléments dont nous venons de parler, fibres cellulaires, anses nerveuses, anses vasculaires, sont réunis par une substance hyaline anhyste qui leur forme une sorte de gangue.

Quant aux vaisseaux lymphatiques, ils paraissent former un premier réseau vasculaire à la surface du derme, réseau qui se vide à travers l'épaisseur du derme dans les réseaux sous-cutanés.

Des glandes nombreuses qu'on a décrites dans l'épaisseur de la peau, il n'y a plus que les glandes sébacées et les glandes sudoripares dont l'existence soit bien constatée et admise par tous les anatomistes. M. Robin vient d'en signaler une troisième espèce occupant spécialement deux régions de la peau : le pli de l'aine et le creux de l'aisselle.

Les glandes sudoripares, découvertes par Eichorn, mieux étudiées depuis lui par Breschet et d'autres auteurs, sont, comme on le sait, formées par un canalicule pelotonné sur lui-même et situé dans la couche profonde du derme; à partir de ce peloton, le canalicule traverse le derme et l'épiderme en décrivant un trajet spiroïde et largement oblique relativement à la surface de la peau, disposition qui probablement a pour but de lui permettre de se prêter aux changements d'épaisseur que l'épiderme présente en raison de sa puissance hygrométrique. Ces canalicules s'ouvrent à l'extérieur par un petit orifice facilement visible à l'aide de la loupe, au sommet de la crête des rangées papillaires des doigts. Je ne puis m'empêcher ici d'émettre un doute sur la réalité des fonctions qu'on a attribuées à ces organes en les regardant comme étant ceux de la sécrétion sudorale. Remarquons qu'ils ont surtout été décrits d'après l'étude de la peau des régions palmaire et plantaire, où leurs orifices sont facilement visibles : or, quel que soit le soin qu'on mette à les chercher ailleurs, on ne peut les y trouver; d'un autre côté, leur sécrétion, loin d'être liée à l'état sudoral, peut être observée alors que les autres régions, la face dorsale des mains, par exemple, sont complétement sèches. Ces glandes ne seraient-elles point des organes spéciaux annexés à l'organe du toucher, comme la glande lacrymale l'est à celui de la vision, comme les glandes salivaires le sont à celui du goût ? Leur sécrétion aurait alors pour but de maintenir l'épiderme de cet organe dans l'état d'humidité nécessaire à la perfection du toucher.

Les glandes sébacées sont les annexes du système pileux. Ces petites

glandes, presque toujours groupées deux à deux autour de chaque follicule, faciles à voir à cause de leur contenu graisseux de couleur un peu jaune, semblent formées d'un amas de petites vésicules adipeuses allant se verser par un petit conduit très-court dans la cavité des follicules pileux; très-variables de volume et de nombre, selon les régions de la peau, elles paraissent suivre dans leur développement celui des poils, et dans quelques régions, comme le nez, suivre une loi inverse.

Les follicules pileux sont formés par un enfoncement du derme, cylindrique, élargi à sa partie la plus profonde, et dans les poils bien développés ils se trouvent sous le panicule graisseux. Du fond de cet infundibulum tapissé par une couche de cellules épidermiques, s'élève une papille sur laquelle se déposent successivement les couches de noyaux cellulaires qui, par leur allongement, finissent par former les fibres des poils. Ici se présente une question dont la solution importe à la suite de mon travail : c'est celle du développement des poils. Ces infundibulum sont-ils réellement formés par un enfoncement de la surface externe, ou sont-ils le résultat de la déhiscence de follicules primitivement clos, comme l'admettent plusieurs auteurs, MM. Simon, Henle, Mandl? En étudiant le cuir chevelu d'un enfant nouveau-né, l'on peut voir des poils à tous les degrés de développement. Ce sont d'abord de petits corps ronds un peu jaunâtres, transparents, formés d'une substance hyaline, dans laquelle on aperçoit des noyaux disposés régulièrement autour d'un centre; ces petits corps sont situés dans l'épaisseur du derme; on ne leur distingue point d'enveloppe propre, on dirait un simple dépôt de *cystoblastème* dans les mailles du derme; d'autres présentent au centre une masse plus foncée que l'on voit s'allonger en pointe du côté de la surface externe, et finir par la traverser. En même temps que le corps primitif semble s'enfoncer plus profondément dans le derme, peu à peu le poil se développe, et il est facile de voir que les poils les plus développés sont ceux dont la racine est la plus éloignée de la surface extérieure, et de concevoir que c'est en s'enfonçant ainsi que se forme le follicule lui-même aux

dépens du tissu cellulaire, tandis que le poil se forme aux dépens de la partie centrale de la petite masse à noyaux observée en premier lieu, et que la couche externe de cette masse, se séparant peu à peu du poil lui-même, devient la couche épithéliale qui tapisse le follicule.

L'épiderme forme sur toute la surface du corps une couche cornée plus ou moins épaisse, demi-translucide, légèrement rougeâtre dans sa couche profonde, tout à fait transparente dans sa couche superficielle. Cette couche, dépourvue de vaisseaux et de nerfs, traversée par les conduits sudoripares et les canaux des poils ou des glandes sébacées dans l'intérieur desquelles elle envoie un prolongement. est directement appliquée sur la surface externe du derme, sur les inégalités de laquelle elle se moule exactement, formant ainsi des espèces de gaîne aux papilles, et les reproduisant affaiblies à sa face externe. L'épiderme est entièrement composé de cellules élémentaires, à divers degrés de développement, et déposées par couches stratifiées. On peut, sur une tranche mince, observer tous les degrès de développement des cellules. La couche la plus profonde parait formée d'une substance anhyste, hyaline, comme celle que nous avons vu former la gangue des papilles, et dans laquelle se voient de nombreux noyaux cellulaires un peu rougeâtres, arrondis ou ovales, le plus souvent irréguliers, et ayant de $0^{mm},00,5$ à $0^{mm},007$; ces noyaux sont pourvus d'un, deux ou trois petits nucléoles; ils sont insolubles dans l'acide acétique, dont le contact les rend plus nets, en agissant sur le cytoblastème. Plus près de la surface, on distingue autour des noyaux une enveloppe formant une cellule transparente, qui répète les contours du noyau, mais qui ne tarde pas à grandir assez vite; le noyau grossit lui-même, mais beaucoup moins rapidement. La cellule, d'abord presque sphérique, devient polygonale, puis s'aplatit, offre quelques nucléoles punctiformes dans son épaisseur; en même temps le noyau s'efface et finit par disparaître dans les couches les plus superficielles, où la cellule ne représente plus qu'une lamelle ou écaille épidermique, que les actions extérieures détachent de la surface du corps sous forme de poussière.

Elle peut avoir alors $0^{mm},03$, $0^{mm},05$, $0^{mm},1$ de diamètre. L'acide acétique rend plus facile l'étude des cellules épidermiques, en paraissant dissoudre la substance intercellulaire ; il agit encore assez facilement sur les jeunes cellules, dont il dissout l'enveloppe tout récemment formée aux dépens du cytoblastème ; mais il n'agit plus sur les vieilles cellules, qu'il ne fait que désagréger.

Si l'on fait macérer l'épiderme dans l'eau, il prend une teinte blanche un peu opaline; il devient plus élastique; les couches les plus superficielles se désagrègent et se séparent, sous forme de poussière blanche, des couches profondes qui résistent plus longtemps, et se putréfient sans se désagréger. Les cellules persistent fort longtemps ; je les ai retrouvées dans un cas où la macération avait été prolongée pendant six semaines; seulement elles avaient quadruplé de volume, et étaient devenues presque sphériques par l'imbibition de l'eau.

L'épiderme n'est point un produit de sécrétion glandulaire. Dès qu'apparaissent les premiers linéaments de l'embryon, il existe à sa surface une couche de cellules polyédriques élémentaires, dont les plus profondes se transformeront en tissu cellulaire, tandis que les plus superficielles constitueront l'épiderme qui, d'après Meckel et Wendt, devient une couche distincte dès le deuxième mois de la vie intra-utérine. « L'épiderme du fœtus est proportionnellement plus épais que celui de l'adulte; peut-être, dit Henle, parce que les couches inférieures des cellules se transforment encore en tissu cellulaire. »

Une fois formé, sa nutrition, son renouvellement se font évidemment aux dépens du plasma du sang qui circule dans le derme; aussi subit-il l'influence de tous les troubles circulatoires de cette membrane: les phlegmasies érysipélateuses entraînent sa mort et sa chûte; des irritations modérées augmentent l'activité de sa production et la durée de sa vie, de telle sorte qu'en même temps que le nombre de ses couches augmente, celles-ci persistent plus longtemps. Ce mode de développement implique l'inutilité des prétendues glandes

blennogènes. Il n'est pas plus besoin de glandes pour la formation de l'épiderme, qu'il n'en est besoin pour celle du tissu musculaire et du tissu cellulaire. Du blastème primitif naissent et se séparent les différents tissus, en vertu de forces plastiques absolument inconnues dans leur essence. Est-il nécessaire d'ajouter qu'il n'existe pas encore de glandes, que déjà existe une couche de cellules qui constitueront plus tard l'épiderme ?

Ce qui, au point de vue de son renouvellement, différencie la membrane épidermique des autres tissus du corps, c'est que ses molécules constituantes, après avoir parcouru tout le cycle vital qui leur appartenait, sont rejetées à la surface du corps au lieu d'être soumises d'abord à l'absorption, pour être ensuite éliminées par les sécrétions.

Cette manière de considérer l'épiderme, basée sur une connaissance plus exacte du développement des tissus animaux, résultat des travaux de Schleiden, de Schwann et de leurs continuateurs, ôte aux tumeurs épidermiques toute leur singularité apparente. Elles viennent se ranger tout naturellement, quant à leur genèse, à côté d'autres tumeurs plus connues, les tumeurs fibreuses, cartilagineuses, osseuses. De même qu'au voisinage des os se développent des tumeurs celluleuses dans lesquelles la cellule a les caractères de la cellule cartilagineuse ; de même que dans les tissus cellulaires, musculaires, se développent des tumeurs dont la cellule, au lieu de parcourir les phases de développement qui l'auraient transformée en fibre musculaire ou cellulaire, semble par une aberration de nutrition devenir fibreuse ou tendineuse ; de même, dans des tissus connexes, nous voyons les cellules revêtir les caractères de la cellule épidermique.

DES TUMEURS ÉPIDERMIQUES.

Les tumeurs épidermiques sont nombreuses et variées dans leurs formes extérieures, ainsi que dans leur importance pathologique. Elles n'ont de réellement commun qu'une chose, c'est leur structure ana-

tomique; toutes renferment comme élément principal des cellules à noyaux offrant les caractères microscopiques que nous venons d'assigner aux cellules épidermiques.

Ces tumeurs ont déjà été étudiées dans leur ensemble par M. Lebert, qui a distingué les tumeurs épidermidales des tumeurs épithéliales, suivant que, siégeant dans la peau ou dans une muqueuse, elles ont pour éléments la cellule épidermique ou la cellule épithéliale. Parmi les dernières, dont je ne m'occuperai pas, il cite des observations de tumeurs de la surface de l'utérus, de l'œil. Quant aux premières, il les a rangées sous huit chefs différents, ce qui me paraît un peu minutieux; je préfère les classer sous trois chefs seulement, en me basant sur la disposition que présentent les dépôts cellulaires qui constituent ces tumeurs.

L'admission de cette division n'a du reste d'importance que pour la facilité de la description, car les formes qui lui servent de base sont souvent confondues dans une même tumeur.

Ces trois formes principales peuvent être dénommées, 1° forme stratifiée, 2° forme papillaire, 3° forme folliculaire. La description des différentes tumeurs épidermiques nous montrera ces trois formes tantôt isolées, tantôt combinées.

Callosités, durillons. — Ces tumeurs, qui se développent évidemment sous l'influence des pressions et des frottements réitérés, exercés sur un point borné de la peau, se montrent principalement aux pieds; mais certaines professions, comme celles de batelier, de forgeron, exposent à les voir se développer en d'autres points. Elles ne sont constituées que par une augmentation dans la puissance de la couche épidermique, qui forme alors une plaque plus ou moins épaisse, cornée, jaune ambrée à la coupe. Cette plaque, que les frottements déplacent en masse, détermine dans le tissu cellulaire sous-cutané la formation d'une bourse muqueuse accidentelle dont l'inflammation entraîne à sa suite des abcès, des fistules ou de petits ulcères souvent fort difficiles à guérir. Les bords de ces ulcères sont constitués par

un derme épaissi, qui ne semble apte à sécréter que de l'épiderme, et non point apte aux actions naturelles réparatrices ; c'est là ce que Hunter appelait l'état d'indolence dans les actions naturelles. On est quelquefois obligé d'en venir à l'excision des bords du derme malade ; la cicatrice qu'on obtient est faible, se déchire facilement, si le malade se hâte de retourner à ses travaux.

Cors. — Les cors offrent aussi la même composition que les durillons ; ils sont aussi constitués par une augmentation dans le nombre des couches épidermiques, mais ils en diffèrent en ce qu'au lieu d'être étalés en forme de plaque, ils forment une espèce de clou, qui s'enfonce dans le derme aminci ; celui-ci présente alors une excavation dans laquelle ce clou est fiché. Les cors se développent presque toujours aux pieds, et se montrent là où la pression des chaussures agit dans une étendue très-circonscrite ; c'est au niveau des têtes articulaires des métatarsiens, au sommet des articulations phalangiennes. Ce ne sont d'abord que de très-petits durillons que la pression enfonce ; le derme qui les supporte, incessamment comprimé, s'atrophie, et finit même par disparaître ; le sommet du clou paraît alors placé dans le tissu cellulaire. On observe encore ici des bourses muqueuses, pathologiques, qui ont pour but, dit Hunter, de protéger les ligaments. C'est cette disposition, en forme de clou, qui explique les douleurs spontanées dont les cors deviennent le siége. L'épiderme qui les constitue, se gonflant par l'absorption de l'humidité, comprime de dedans en dehors la gaîne que leur forme le derme : de là la douleur. M. Lagneau l'attribue à ce qu'il y aurait dans le cor une portion douée d'un certain degré d'organisation ; par cette expression assez vague, M. Lagneau veut dire qu'il y a des vaisseaux, et il s'appuie d'observations de Breschet. Ces observations sont exactes, je crois, mais ne portent que sur une fausse espèce de cors, celle qui est due à des verrues qu'on observe aux pieds quoique beaucoup plus rarement qu'aux mains. Les vrais cors ne contiennent jamais de vaisseaux.

Les cors, qui n'offrent au fond aucune gravité, peuvent devenir,

par la négligence de ceux qui les portent, la source d'inflammations, de fistules et d'abcès, plus fréquemment encore que les durillons.

On se préserve des cors par des soins qu'on peut appeler de propreté, en empêchant le durillon primitif de se transformer en une affection beaucoup plus incommode. Ils disparaissent spontanément chez les personnes qu'une longue maladie confine dans leur lit.

Après ces deux espèces de tumeurs, qui appartiennent à la forme stratifiée, se présentent à étudier les verrues, les condylômes.

Les *verrues* sont les plus simples des tumeurs appartenant à la forme papillaire.

Leur structure est facile à concevoir en se rappelant celle des papilles; qu'on se figure la substance anhyste hyaline qui entre dans la composition de celles-ci, devenues le siége d'une formation de noyaux et de cellules se développant peu à peu, disposées régulièrement entre les fibres des papilles, dont elles augmentent considérablement le volume, on aura une idée exacte de ce que sont les verrues.

Je parle ici des verrues proprement dites (*verruca vulgaris* d'Alibert), de celles qu'on observe communément en si grand nombre, sur les mains de certains individus, et qui sont si fréquentes dans la jeunesse. Elles forment de petites végétations arrondies, sessiles, de couleur plus pâle que l'épiderme voisin, dont la surface à peu près lisse d'abord, se fendille plus tard; ces fissures correspondent aux intervalles des papilles grossies. C'est à tort qu'on appelle cela une hypertrophie. Il y a ici une infiltration de cellules ayant tous les caractères des jeunes cellules de l'épiderme, et loin que les autres éléments de la papille soient hypertrophiés, les vaisseaux seuls augmentent de volume, tandis qu'on y retrouve difficilement quelques fibrilles cellulaires et que le système nerveux paraît y être complétement étouffé. C'est ce que prouve l'insensibilité des verrues, qu'on peut couper par tranches, de manière à ouvrir les petits vaisseaux qui donnent du sang en abondance, sans provoquer la moindre douleur, tant qu'on n'est pas arrivé sur la portion profonde du derme sain sur laquelle

elles reposent. En se servant d'acide acétique, pour désagréger les cellules qui composent la verrue, et coupant ou râclant peu à peu les parties successivement ramollies par l'action de l'acide, voici ce qu'on observe. Tant que la verrue n'est pas complétement enlevée, les papilles de couleur blanche font saillie; mais lorsqu'on a tout détruit, on arrive sur un fond blanc, creusé de petites alvéoles plus ou moins profondes, dans lesquelles les papilles sont implantées et auxquelles elles n'adhèrent que d'une manière lâche par les petits vaisseaux qui vont les alimenter. Cette énucléation est suivie d'une guérison radicale. Cette disposition, qui est un véritable enkystement de la partie malade, ne s'observe que lorsque la verrue est déjà un peu ancienne.

On sait que les verrues disparaissent souvent spontanément; c'est par une exfoliation insensible de leur surface que s'opère cette disparition, qui ne peut probablement se faire qu'autant que les vaisseaux s'atrophient eux-mêmes par le développement continuel des cellules.

Les verrues causent rarement d'autres inconvénients qu'un peu de gêne, un peu d'inflammation et de douleur à la base. Cependant on a observé à leur suite ce qu'on a appelé la dégénérescence carcinomateuse. J'en trouve un exemple authentique dans le *Traité de pathologie* de Roche, Sanson et Lenoir.

« Nous avons vu un carcinôme (pour les auteurs ce mot est synonyme de *noli me tangere*) de la main survenir chez une femme âgée qui avait pendant plusieurs jours de suite tourmenté avec la pointe d'une épingle plusieurs verrues qu'elle portait sur cette partie. On fut obligé de lui amputer le bras.

L'âge de la malade est ici important à considérer.

Des divers traitements proposés, le seul qui me paraisse rationnel est celui qui consiste dans l'emploi des liquides qui ramollissent l'épiderme : acide acétique, alcalis étendus. Encore ne faut-il, je pense, les employer que lorsque la verrue déjà ancienne gêne par son siége ou son volume; alors elle est enkystée et on peut l'énucléer; plus tôt, on ne fait probablement que favoriser son accroissement. Recourir à

l'instrument tranchant porté dans le vif, pour des verrues de la main, chez des jeunes gens, me paraît tout à fait inutile, quand on connaît la facilité de leur énucléation.

Il est une autre espèce de verrue qu'Alibert désignait sous le nom de *verruca achrochordon,* à laquelle je rapporte ma 6e observation. Beaucoup d'autres petites tumeurs de la peau, pédiculées ou sessiles, reçoivent le nom de *verrues, fics* ou *porreaux,* et n'ont rien de commun avec celles dont nous venons de parler; elles se distinguent en ce qu'elles sont molles, dépressibles, à surface lisse; leur coupe est gris rosé au lieu d'être blanc laiteux, comme celle des productions épidermiques, et le microscope n'y trouve que du tissu cellulaire, des vaisseaux.

Les *cornes,* ou productions cornées, sont évidemment dues à une production extraordinaire d'épiderme; leur singularité a toujours excité la curiosité et provoqué de nombreux travaux. Le grand nombre de faits détaillés qu'on possède sur ce sujet, permet d'établir parmi elles une première division en cornes multiples et en cornes solitaires.

Les *premières* se développent sous une influence complétement inconnue, et que plusieurs exemples montrent transmissible par hérédité. (Lobstein a rapporté l'histoire remarquable des deux frères Lambert, dont le père, le grand-père, l'aïeul et les enfants mâles présentaient tous cette singulière maladie.)

Les *secondes* se développent aussi sans que la cause première en soit connue, mais leur mode de développement est mieux connu que celui des précédentes. On les a vues se développer à la surface de cicatrices, suites de plaies traumatiques, d'ulcères, de brûlures. Mon collègue et ami M. Legentil m'a donné un tronçon d'une corne qui s'était développée à la surface d'un vésicatoire; l'homme qui la portait, se la faisait scier de temps en temps, lorsqu'elle était trop proéminente. Le tronçon qui m'a été donné a 2 centimètres de long sur 4 de large; sa dureté est considérable, sa couleur jaune clair et sa surface striée à peu près comme le sabot d'un cheval. L'examen

microscopique d'une lamelle de cette corne, préalablement ramollie par la macération dans l'eau, fait reconnaître que cette substance est entièrement composée de lamelles épidermiques, la plupart dépourvues de leur noyau, et arrangées en séries parallèles.

D'autres productions cornées se développent, disent les auteurs, dans la cavité de follicules sébacés distendus. Les cas qui ont été ainsi interprétés sont nombreux, et sont des histoires de kystes athéromateux, qui après leur rupture sont devenus le siége d'une production cornée. Everard Home en donne deux exemples très-détaillés qui lui ont été fournis par J. Hunter; Meckel, Astley Cooper, en ont donné d'autres. Astley Cooper, regardant les kystes comme dus à l'oblitération de l'ouverture d'un follicule sébacé, a naturellement donné la même origine à ces cornes.

Nous verrons, en parlant des kystes athéromateux, que nous relions leur développement à celui des follicules pileux, et non à celui des follicules sébacés. Breschet pense que les cornes n'ont pas pour origine les follicules pileux, et s'appuie pour émettre cette opinion sur ce qu'il a observé des cornes sur des parties glabres, comme la langue, le gland, la conjonctive. Cette objection me paraît de peu de valeur, car on a observé sur ces parties le développement de poils; mais elle est en partie juste, en ce sens que les cornes peuvent avoir d'autres origines que celle que nous venons d'exposer. En effet on les a vues débuter par une simple verrue. Boyer regarde cette origine comme la plus fréquente. M. Rayer en a donné une observation très-détaillée. Je donne le dessin d'une tumeur de ce genre dont l'observation, recueillie dans le service de M. Lisfranc, a été déjà publiée dans les *Bulletins de la Société anatomique* (voy. planche 1, fig. 8).

Les cornes ont été observées à tous les âges, mais plus fréquemment pendant la vieillesse, ou l'âge adulte chez les femmes; lorsqu'elles sont héréditaires, elles se montrent même dans l'enfance.

Elles ne causent souvent aucun autre inconvénient que la gêne qui résulte de leur situation spéciale; d'autres fois leur base est le siége de douleurs assez vives.

Breschet regarde leur extirpation comme tout à fait innocente. « Les cornes de la peau, dit Boyer, ne sont point dangereuses par elles mêmes; cependant, comme le derme sur lequel elles reposent a une tendance remarquable à devenir cancéreux, il faut les extirper avec la peau qui leur sert de base. » Les observations diverses rapportées par les auteurs montrent que généralement le pronostic est peu grave; cependant, par les progrès spontanés de la maladie, les malades peuvent être entraînés, en présentant des symptômes de consomption. (Obs. de Fabrice de Hilden.) D'autres fois, la chute de la corne peut être suivie du développement d'un ulcère carcinomateux, qui entraîne par ses progrès la mort des malades. (Obs. in *Journal de médecine,* t. 3 et 14.) Boyer rapporte l'histoire d'un homme qu'il opéra pour une dégénérescence cancéreuse de la joue, suite d'une tumeur cornée; l'opération fut suivie de récidive du cancer.

La suite de ce travail montrera que nous ne pouvons regarder ces cas comme des dégénérescences, que le mal est toujours de même nature, qu'il ne fait que progresser, que par conséquent les conseils donnés par Boyer et Breschet nous semblent toujours devoir être suivis.

Pour procéder du simple au composé, il faudrait étudier ici les kystes remplis de cellules épidermiques, habituellement désignés sous les noms de *tannes,* de *kystes sébacés*, de *kystes athéromateux;* mais comme l'étude des tumeurs que présentaient les malades dont je donne l'observation nous éclaire, je crois, sur leur mode de développement, j'en parlerai seulement alors.

CANCERS DE LA PEAU.

Il n'y a de différence essentielle anatomique entre les tumeurs que je vais décrire, et celles que j'ai déjà examinées, que leur délimitation moins exacte; elles sont tous les jours enlevées à titre de *noli me tangere,* bouton de mauvaise nature, squirrhe, cancer, ulcère cancéreux ou cancroïde. Après leur description anatomique, pour la-

quelle je me suis beaucoup aidé des travaux de MM. Lebert et Ecker, je donnerai les principales observations qui ont servi de base à ce travail.

Les tumeurs se présentent sous des formes tellement variées, que ce n'est que par l'analyse microscopique qu'on peut arriver à les réunir sous un même titre.

Sous le rapport de la forme extérieure, ce sont des petits boutons arrondis et durs, souvent blancs à leur surface, où se dessine de petits vaisseaux dilatés, recouverts de petites croûtes peu épaisses; ce sont des tumeurs verruqueuses peu étendues, des tumeurs plus volumineuses, dures, bosselées, de forme tuberculeuse; ce sont des fissures à bords ayant une dureté squirrheuse; ce sont des ulcères plats, ou de vastes ulcères creusés anfractueux, ou bien couverts de petits champignons fongueux.

Étudiée par des coupes, la substance morbide qui les constitue offre, en général, une couleur blanche, un peu opaline, dont on peut se faire une idée exacte en considérant une tranche de l'épiderme épais du talon, qu'on aura préalablement fait macérer quelque temps dans l'eau; il faut toutefois, pour que cette comparaison soit juste, tenir compte des petits vaisseaux qui sillonnent le tissu morbide. La consistance est au début celle du squirrhe glandulaire, mais on ne peut rien exprimer des surfaces de section; plus tard, elle diminue, et l'on peut exprimer de la trame, non pas un liquide laiteux, mais une matière grumeleuse, caséiforme, dont celle des kystes athéromateux de la tête donne une idée d'autant plus parfaite que toutes deux sont une seule et même chose. Lorsque ce sont les champignons d'un ulcère qu'on examine, on obtient alors une certaine quantité de sérosité.

L'étude microscopique montre dans cette substance deux dispositions particulières, dont la première bien étudiée par M. Ecker et par M. Lebert, est celle que nous avons trouvée dans les verrues; cette disposition est appelée *forme papillaire.* Le seconde disposition, inconnue à M. Ecker, m'a été signalée par M. Lebert, sans être inter-

prétée par lui : comme je crois qu'elle doit l'être, nous l'appellerons *forme folliculaire.*

Ces deux formes sont en général réunies, mais l'une ou l'autre domine.

La première forme, dite *papillaire,* au lieu d'être limitée par un travail d'enkystement comme les verrues, s'étend souvent peu à peu, se propage, tandis que le bouton verruqueux primitif, détruit par l'inflammation, est remplacé par un ulcère qui grandit, et dans les bords duquel on retrouve l'altération, cause de ce travail ulcératif.

Dans le cas où la forme papillaire domine, on observe ce que les auteurs désignent tantôt sous un nom, tantôt sous un autre; mais ce qu'ils prennent souvent pour un ulcère cancéreux primitif, plusieurs l'appellent *noli me tangere;* d'autres *ulcères cancroïdes.*

La seconde forme, dite *folliculaire* (constituant entièrement la tumeur du nommé Veisgerber, dont je relate l'observation), combinée avec la première, donne lieu à toutes les formes variées d'affections cancéreuses de la peau. Une tranche mince du tissu, blanc opalin ou jaunâtre, ou rosé par le fait de la vascularisation dont est formée cette variété, mise sous le microscope, nous montre les particularités suivantes. A un grossissement modéré (40 fois), on aperçoit une quantité de figures arrondies, à stries concentriques. Les petits corps qui forment ces figures sont placés à côté les uns des autres; il y en a qui ont placés dans l'intérieur de plus grands, ils ont un volume très-variable, que nous verrons pouvoir être assez considérable. A l'aide d'un plus fort grossissement (500 fois), on constate que cette disposition striée fibreuse n'est qu'apparente, qu'elle est due à l'arrangement régulier autour d'un centre de cellules ayant tous les caractères des cellules épidermiques, jeunes dans les petits corps, plus vieilles dans les plus grands. Leurs noyaux et leurs contours, par leur ordre régulier, donnent lieu à cette apparence fibreuse. (Voy. pl. 2, fig. 2 et 4.)

Si l'on compare maintenant ce corps avec les petits amas de matière qui constituent les premiers linéaments des poils, on verra que leur

similitude est parfaite; la figure que nous en donnons convient, sauf une légère augmentation de volume, aussi bien à l'un qu'à l'autre. Dans l'ordre normal, le petit amas se fut transformé en poils, par l'allongement en fibres de ses noyaux et de ses cellules; dans l'ordre pathologique, il grossit peu à peu, ses cellules restant cellules, et de nouvelles étant incessamment déposées sans que les anciennes soient expulsées. Chez Mallar, dont nous donnons l'observation (voy. obs. . . un de ces petits corps, grossissant énormément, a constitué la première apparition de la récidive; la matière de cette tumeur était identique avec celle des kystes athéromateux que nous regardons comme ayant la même origine, et comme n'en différant que par l'enkystement.

Le contenu de ces kystes, qu'on rencontre si souvent en si grand nombre dans le cuir chevelu, est presque entièrement formé de cellules épidermiques. Au centre, la masse granuleuse, mélangée d'une plus ou moins grande quantité de liquide, de cristaux, de cholestérine, présente un amas de feuillets épidermiques déformés. En dehors de ce noyau, on observe des feuillets concentriques formés de couches de cellules plus régulières, en général dépourvues de leur noyau, et entre lesquels on retrouve aussi parfois des fibres cellulaires. Ce sont donc les mêmes éléments, disposés de la même manière, qui se rencontrent dans les uns et les autres; aussi je regarde les kystes athéromateux de la peau comme étant dus à la même déviation de la formation pileuse, et non point comme devant leur origine à l'oblitération de l'orifice des follicules sébacés. D'autres considérations peuvent être invoquées en faveur de cette manière de voir, que M. Mandl a déjà émise, sous forme de doute (*Anatomie générale,* p. 456). « Il ne faut pas confondre, dit-il, avec les glandes sébacées des follicules pileux altérés, dépourvus de poils et remplis d'une masse sébacée; aussi peut-être les soi-disant *cryptes* ne sont-ils que des follicules pileux altérés. » Je suppose qu'il y a ici une faute d'impression, et qu'il faut lire *kystes,* et non pas *cryptes.* M. Gluge a émis la même opinion, et il dit que les follicules pilifères hypertrophiés qui constituent des tumeurs enkystées, surtout fréquentes aux paupières, se trouvent

composés de cellules rondes ou hexagonales (épiderme), de masses granuleuses et de cristaux. Tous les micrographes ont du reste signalé l'abondance des feuillets épidermiques dans les tumeurs qui nous occupent.

Les kystes en question, observés surtout à la tête, mais aussi dans d'autres régions, sont, dit-on, d'abord de petites tannes dont l'orifice s'est oblitéré. Observons que cette oblitération est difficile à concevoir, puisque les tannes qui sont constituées par la rétention du *sebum*, présentent leur orifice fermée par un petit bouchon de matière qui ne peut que s'opposer à l'adhérence de ses bords : or, dans les vrais kystes athéromateux, il est impossible de retrouver cette orifice. De plus, la matière que les kystes renferment contient à peine de graisse; si on la soumet à l'action de la chaleur sur un morceau de papier, celui-ci n'est point rendu transparent comme cela arrive lorsqu'on a affaire à une véritable tanne; loin de se fondre et d'être absorbée par le papier, elle se dessèche et forme de petites écailles comme le ferait de l'épiderme ramolli qu'on soumettrait à la même épreuve. Enfin, nous avons vu que lorsque ces kystes viennent à se rompre à l'intérieur, ils donnent souvent naissance à des cornes, ce qu'explique parfaitement l'origine que nous leur attribuons, et ce que ne fait point l'autre opinion. Ajoutons pour finir que les glandes sébacées des régions pilifères ne présentent pas de cellules épithéliales dans leurs parois; elles ne semblent formées que de cellules adipeuses. (Voy. Henle, *Anat. gén.*, t. 2, p. 476.)

Dans l'opinion que nous adoptons, les kystes athéromateux de la peau sont des tumeurs épidermiques folliculaires enkystées; elles sont aux mêmes tumeurs non enkystées qui nous ont entraîné dans cette digression, ce que sont les verrues aux tumeurs papillaires non enkystées.

Revenons à nos tumeurs folliculaires diffuses pour dire que lorsque l'altération devient considérable, elle ne se borne pas à envahir l'épaisseur de la peau, mais qu'on retrouve dans le tissu cellulaire sous-cutané, dans le tissu musculaire, des petits noyaux tous pareils qui

finissent par détruire tout autour d'eux; je n'ai pas eu l'occasion d'observer l'altération étendue jusqu'aux os.

La forme arrondie de l'élément principal de ces tumeurs explique pourquoi celles-ci revêtent si habituellement la forme bosselée tuberculeuse, les petits corps élémentaires ne se développant pas tous uniformément. Les bosselures les plus saillantes finissent par s'ulcérer au sommet; plusieurs ulcères peuvent ainsi se former, puis se réunir; une fois l'ulcération existante, le gonflement sub inflammatoire des tissus exposés à l'air donne lieu à des champignons beaucoup plus petits en général, que ceux qu'on observe dans un ulcère fongueux amené par la dégénération encéphaloïde d'un ganglion, ou d'une glande, comme le testicule, la mamelle. Les champignons, qui sont de plus alors infiltrés d'une certaine quantité de sérosité, deviennent tout à fait insensibles, comme les papilles des verrues; on peut alors les exciser, sans que le malade s'en doute. Plus tard, ils deviennent grisâtres et tombent sphacelés en même temps que d'autres s'élèvent à leur place. Ainsi se produisent des pertes de substance considérables.

Je termine ici la description anatomique des tumeurs épidermiques; mais avant de relater mes observations, j'ai quelques remarques à faire.

§ Ier.

M. Lebert a admis une forme qu'il appelle fibro-aréolaire, dans laquelle les cellules sont déposées sans ordre particulier dans la trame du derme; c'est à cette forme qu'il rapporte en partie les observations que j'ai données dans les *Bulletins de la Société anatomique*. Depuis que M. Lebert m'a signalé la forme que j'ai appelé folliculaire, j'ai toujours vu les tumeurs épidermiques affectant l'une ou l'autre des deux formes admises par moi; de sorte que je regarde mes premières observations comme incomplètes sous ce rapport; cela est d'autant plus probable que la tumeur du nommé Fossard renfermait de ces

amas arrondis, volumineux, que j'ai plus tard rapportés à une déviation de développement des poils.

§ II.

Il serait très-important de bien établir quelle est la structure microscopique des ganglions engorgés à la suite des affections qui nous occupent. Dans deux cas que j'ai pu examiner, mais que je n'ai pu rapporter que par induction aux tumeurs épidermiques, les ganglions présentaient tous les caractères physiques et microscopiques attribués au cancer encéphaloïde.

§ III.

Je donne dans ma seconde planche trois dessins de cellules encéphaloïdes et squirrheuses dessinées au même grossissement que les cellules épidermiques, afin de faire saisir les différences considérables qui existent entre ces deux espèces de cellules, en renvoyant pour plus de détails à l'ouvrage de M. Lebert. (Voy. planche 2, fig. 7, 8 et 9.)

Ire OBSERVATION. — Production cornée développée à la suite de la rupture d'un kyste athéromateux du cuir chevelu.

(Donnée par mon collègue et ami M. Thibault, interne.)

Le nommé Torteil, tailleur, âgé de quarante ans, demeurant rue Sainte-Apolline, n° 10, est entré à l'hôpital de la Pitié le 19 février 1845.

Il y a dix ans, cet homme s'est aperçu qu'il portait à la partie postéro-latérale gauche de la tête une petite tumeur de la grosseur d'un pois; elle n'était le siége d'aucune douleur et présentait une coloration

mêlée de rouge et de blanc. Cette tumeur grossit peu à peu et acquit le volume d'un petit œuf; mais à la suite de blessures faites avec les dents d'un peigne, elle a changé de forme et a pris la figure qu'elle présente aujourd'hui.

Les cheveux étant rasés, on aperçoit une tumeur circulaire ayant 4 centimètres de diamètre à sa base et 3 centimètres environ de hauteur; au centre s'élève une production cornée, ayant la forme de l'apophyse coracoïde et entourée à sa base d'une ulcération comprenant le reste de la surface de la tumeur.

M. A. Bérard regarda la production cornée comme due à la sécrétion de la surface interne d'un kyste primitif, et après avoir enlevé la corne avec une pince à dissection, eut recours au caustique de Vienne pour détruire le kyste. Le malade guérit parfaitement bien.

J'examinai au microscope la production cornée, et j'y reconnus les cellules épidermiques comme formant la masse principale.

Voilà un exemple de la deuxième espèce de corne. J'ai donné dans les *Bulletins de la Société anatomique* une observation de corne ayant pour origine une verrue. (Voy. planche 1, fig. 5.)

II[e] OBSERVATION — Tumeur épidermique papillaire ulcérée; ulcère cancéreux ou cancroïde, ou *noli me tangere*.

Jean-Nicolas, âgé de quarante-cinq ans, garçon blanchisseur (Boulogne, chemin de Saint-Cloud, n° 114), entre à l'hôpital Necker le 17 juin 1845 (salle Saint-Pierre, n° 22).

Cet homme, de petite taille, mais bien constitué, a toujours joui d'une bonne santé; il a l'habitude de priser; à l'âge de vingt-cinq ans, il a eu deux chancres pour lesquels un médecin de Boulogne lui a fait un traitement inconnu; jamais d'accidents subséquents.

Il y a cinq ans, un petit bouton, de la grosseur d'une tête d'épingle, s'est développé sur le lobe droit de son nez. Sous l'influence de nombreuses cautérisations avec le nitrate d'argent, ce bouton grossit, puis s'ulcéra. L'ulcération n'étant pas douloureuse, le malade ne s'en oc-

cupa plus pendant six mois, et elle cessa dès lors de faire des progrès. Voulant pourtant s'en débarrasser, Jean entra à l'Hôtel-Dieu, où M. Roux l'opéra par le fer. La plaie se cicatrisa, mais la cicatrice resta dure, rouge et quelque peu sensible. Six mois plus tard, notre malade se blessa au nez justement à la place de la cicatrice ; cette nouvelle plaie ne put se cicatriser. Enfin, c'est après avoir subi un nouveau traitement infructueux par les caustiques à l'hôpital Saint-Louis, en être sorti non guéri, que le malade a été reçu à l'hôpital Necker.

Etat actuel. — Une ulcération plate, à fond dur, couverte de bourgeons gris, rosés, mais durs, beaucoup plus volumineux et irréguliers que ceux des plaies simples, occupe le lobe droit du nez, et s'étend le long du bord supérieur de l'aile du même côté jusqu'au sillon naso-labial.

Cet ulcère sécrète une matière peu abondante, qui se concrète en croûtes jaunâtres. Il n'est pas douloureux et ne fait éprouver au malade qu'un chatouillement léger; la pression est douloureuse et détermine facilement de petites hémorrhagies.

La peau environnant l'ulcère est rouge, sillonnée de petits vaisseaux variqueux. L'état général du malade est excellent, il n'y a pas de ganglions engorgés.

Le 20 juin, M. Lenoir fait à la surface de cet ulcère une application de la pâte caustique de frère Côme, qui dépasse un peu les limites de l'ulcère.

Cette application détermine les effets ordinaires, douleurs vives, érysipèle qui se dissipe au bout de quelques jours. La chute de la croûte et de l'eschare a lieu au bout de quinze jours.

La plaie, mise à nu, est formée de petits bourgeons réguliers, mous.

La cicatrisation se fait peu à peu, et le 28 juillet, elle est complète; les tissus environnants sont dégorgés, ont repris leur souplesse normale.

N'était une échancrure de 2 à 3 lignes sur le bord de l'aile du nez, et près de son lobe, c'est à peine s'il resterait trace de la maladie.

Le malade, sorti le 28 juillet, est revenu se montrer à moi dans le courant de septembre. Il n'y avait pas trace de retour du mal ; les tissus du nez étaient souples, et la cicatrice à peine visible.

J'ai examiné l'eschare tombée, et j'y ai trouvé une grande quantité de cellules épidermiques très-reconnaissables.

L'origine et la marche de la maladie concordant avec cet examen, je regarde cet ulcère comme la conséquence du développement d'une tumeur épidermique, probablement de la forme papillaire.

Une pièce pathologique que j'ai dû d'examiner à l'amitié de mon collègue M. Bernutz, vient confirmer tout à fait cette manière de voir.

Un malade, admis au mois d'avril 1845 dans le service de M. Laugier, portait à la tempe une ulcération que cet habile praticien regardait comme un *ulcère cancroïde,* et qu'il se proposait d'opérer, lorsque le malade fut enlevé par un érysipèle. J'examinai la pièce : c'était un ulcère à fond plat, rouge, mal bourgeonnant, reposant sur des tissus sains, mais dont les bords présentaient çà et là de petits corps blancs, papillaires, remplis de cellules épidermiques, et se détachant facilement des tissus sous-jacents.

Je pensais que cet ulcère avait eu pour origine une tumeur épidermique qui se détruisait à mesure qu'elle s'étendait.

M. Lebert a donné dans son livre, t. 2, p. 404, une observation d'ulcère cancroïde du nez, observé sur une femme de soixante et dix ans.

Cette observation donne aux deux miennes une valeur particulière, car, sans l'avoir rapprochée de ses autres tumeurs épidermiques, il a cependant noté : 1° qu'il n'y avait pas trouvé traces d'éléments offrant la ressemblance la plus éloignée avec ceux du cancer ; 2° que la matière exsudée de l'ulcère, ainsi que la base de la tumeur, renfermaient de nombreux éléments épidermiques.

IIIe OBSERVATION. — Tumeur épidermique de la lèvre principalement papillaire; cancer ulcéré de la lèvre, *noli me tangere*.

(Donnée par mon collègue et ami M. Bernutz.)

Mérienne (Félicité), âgée de quarante-huit ans, entra le 14 avril 1845 à l'hôpital Beaujon (pavillon Sainte-Amélie, n° 391).

Cette femme a toujours joui d'une bonne santé. Il y a trois ans, sans cause connue, une petite tumeur se développa chez elle à la lèvre inférieure. Cette tumeur l'inquiétant par sa persistance plutôt que par les douleurs qui étaient nulles, elle se la fit enlever dix-huit mois après son apparition. Une récidive sur place se montra au bout de quatre ou cinq mois (les tissus étaient-ils revenus dans cet intervalle à leur état naturel ; c'est une question qui n'a pas été éclaircie); toujours est-il que la plaque indurée, plus étendue en largeur qu'en profondeur, qui constituait cette récidive, fut enlevée, mais cette fois la cicatrisation ne se fit pas; il persista à la suite de l'opération une fissure assez étendue qui donnait lieu à l'écoulement d'une matière jaunâtre qui venait se concréter à l'air. Cette fissure, souvent irritée par les attouchements et l'arrachement de la croûte, devint l'origine de la tumeur actuelle. Aujourd'hui la tumeur, irrégulièrement ovalaire, d'un jaune mat, blanchâtre, irrégulière, ayant l'aspect d'une mûre, le volume d'une amande, une dureté médiocre, occupe le bord muqueux de la lèvre inférieure dont elle dépasse beaucoup le niveau. Commençant à gauche du sillon médian, elle s'étend jusqu'à la commissure droite.

Elle paraît bien limitée, et on ne sent aucun prolongement dur dans l'épaisseur de la crète; les ganglions sous-maxillaires sont sains.

Sa surface sécrète une matière jaunâtre qui se concrète à l'air; l'arrachement de cette croûte donne lieu à de petites hémorrhagies. Aucune douleur spontanée, tandis que les attouchements sont vivement douloureux. État général bon; la femme est assez replète, paraît d'un tempérament lymphatique sanguin.

M. Laugier enlève cette tumeur, le 15 avril, en la cernant de tous côtés avec les ciseaux courbes. La surface de section est recouverte de baudruche appliquée avec la solution de gomme arabique.

Le 25 avril, la cicatrisation est presque complète; il ne reste qu'une petite ulcération à fond rouge vermeil, sans induration à son pourtour; une légère dépression de la lèvre est toute la difformité qu'a entraînée l'opération.

La malade, s'ennuyant à l'hôpital, sort avant sa guérison complète, et ne s'est pas présentée depuis, comme elle avait promis de le faire s'il survenait quelque récidive.

Examen de la tumeur.

Cette tumeur était un bel exemple de la forme papillaire des tumeurs épidermiques : ces corps papillaires atteignaient jusqu'à près de 1 centimètre de longueur; on y apercevait aussi quelques rares corps folliculaires. La pression ne pouvait rien extraire des surfaces de section. L'examen microscopique démontrait les cellules épidermiques ou épithéliales comme constituant la masse blanche opaline de toute la tumeur.

IVe OBSERVATION. — Tumeur épidermique du pied, papillaire.

(Donnée par M. Bernutz.)

Charpentier (Louis-Antoine), fondeur en cuivre, âgé de vingt-huit ans, demeurant rue Couture-Saint-Gervais, n° 11 (faubourg Saint-Antoine), entre à l'hôpital Beaujon (pavillon Louis-Philippe, n° 212) le 10 mars 1845.

Cet homme, d'un tempérament sanguin, d'une constitution forte, dit n'avoir jamais eu d'autre maladie que la variole.

En 1836, une petite grosseur, espèce de durillon, développée près du talon, au bord interne du pied, le faisait déjà souffrir; le bord de son sabot, portant sur ce point, l'exposait souvent à des excoria-

tions. Jusqu'au mois de juillet 1844, il essaya, pour se guérir, de toutes les pommades et de tous les caustiques que lui conseillaient bonnes femmes, charlatans ou médecins. Plusieurs de ces traitements furent très-douloureux.

Le 8 juillet, le Bureau central l'envoya à Beaujon. M. Laugier tenta vainement la destruction de la tumeur par des caustiques; puis il en vint à l'extirpation aussi largement faite que possible. Trois semaines après, le malade sortit avant que la petite plaie qui restait encore fût complétement cicatrisée; elle était recouverte d'une petite croûte. Après un mois de travail sans souffrance, il enleva la petite croûte, et piqua avec une épingle la petite plaie qui lui paraissait dure. Des petits abcès se développèrent, la plaie reprit un aspect fâcheux, sans avoir du reste jamais donné lieu à des hémorrhagies. Il revint à Beaujon.

État actuel. — Ulcère de 2 centimètres de diamètre, à fond mamelonné, rouge violacé, comme ecchymosé, à base dure, saillant au-dessus des parties voisines; la peau qui enchâsse l'ulcère est d'un blanc laiteux, et offre dans l'étendue de quelques millimètres une dureté comme cartilagineuse. La tumeur est mobile sur les parties sous-jacentes, elle paraît avoir 1 centimètre d'épaisseur. Les parties voisines sont saines, se gonflent quand le malade fatigue beaucoup. Il n'y a pas de douleurs spontanées, mais la moindre pression en développe de si vives, que le malade marche sans appuyer le talon par terre. État général parfait.

M. Laugier fait l'extirpation de la tumeur ulcérée, le 15 mars. Dans le courant de la cicatrisation de la plaie, un peu d'induration paraissant exister, on fit une application de pâte caustique de Vienne, et le 30 avril, le malade sortit guéri. A la place de la tumeur existe alors une cicatrice rougeâtre, un peu vasculaire, souple, indolore même à la pression et un peu enfoncée relativement aux parties voisines.

Examen de la tumeur.

Les coupes pratiquées sur cette tumeur montrent des corps papillaires formant la base de l'ulcère; le derme qui limite l'ulcère est épaissi.

Les corps papillaires sont petits et n'ont guère plus de 3 à 5 millimètres de long. Le microscope montre des cellules épidermiques constituant la substance des papilles.

Vᵉ OBSERVATION. — Tumeur épidermique composée, mais principalement papillaire, de la lèvre; bouton de mauvaise nature.

(Donnée par M. Thibault.)

Chauchard (Antoine), porteur, âgé de quarante-six ans, rue Montorgueil, 33, entre à l'hôpital de la Pitié (salle Saint-Gabriel, nº 12) le 2 mai 1845.

Cet homme, d'une forte constitution, d'un tempérament sanguin, n'a jamais fait de maladies graves; il a eu une blennorrhagie il y a une vingtaine d'années: ni chancres ni engorgements ganglionnaires; il n'a jamais fumé ni chiqué.

Il y a quinze ou dix-huit mois que sans cause à lui connue il vit se développer sur sa lèvre inférieure un petit ulcère linéaire, une espèce de fissure, dont la base indurée acquit peu à peu le volume d'une lentille. Cet ulcère se couvrait d'une légère pellicule que le malade arrachait avec les dents ou avec les doigts. Au commencement de l'hiver, il consulta un médecin, qui le cautérisa à quatre reprises différentes sans obtenir autre chose qu'un accroissement de la tumeur. Les sœurs Saint-Thomas et leur pommade de concombre n'eurent pas plus de succès. Le 2 mai 1845, le malade se présenta à la Pitié, à M. A. Bérard, qui jugea que l'affection pouvait prendre un caractère fâcheux, et qu'il fallait opérer.

A cette époque, la tumeur offre une surface de 9 à 10 millimètres de diamètre, excoriée, gris rougeâtre, ayant une apparence végétante

assez prononcée, mûriforme; la tumeur est résistante au doigt; les tissus qui l'environnent sont un peu rouges et tuméfiés. Les ganglions sous-maxillaires ne sont nullement engorgés.

La veille de l'opération, le malade fut purgé avec l'eau de Sedlitz, et le 6 mai, M. A. Bérard pratiqua avec le bistouri l'ablation de la petite tumeur. La perte de sang fut peu considérable; on lia deux petites artérioles.

La plaie, de forme semi-circulaire, fut pansée simplement avec des compresses trempées dans l'eau froide fréquemment renouvelée, et continuée pendant quatre jours. Il n'y eut point d'accidents inflammatoires; peu de suppuration. A partir du cinquième jour, on pansa avec l'onguent digestif. Le 18, on toucha légèrement avec le nitrate d'argent la surface de la plaie, qui était réduite à fort peu de chose.

Ce malade a parfaitement guéri, et à la date du 1er janvier 1846 il n'y avait aucune apparence de récidive.

Examen de la tumeur.

Cette petite tumeur avait la forme d'une plaque, d'un segment de sphère; elle était recouverte d'une petite croûte brunâtre, qui, enlevée, laissait voir à nu une surface légèrement granuleuse, ayant l'aspect du derme dénudé de son épiderme, mais dont les papilles seraient beaucoup plus grosses qu'à l'ordinaire; elle offre un fort joli dessin formé de petites saillies très-légères, polygonales, blanches, circonscrites par un réseau vasculaire injecté. La coupe de cette tumeur montre une surface de section de 3 à 4 millimètres d'épaisseur, s'amincissant peu à peu aux extrémités, pour se continuer avec le derme sain, nettement séparée au-dessous, des tissus musculaires rouges. Le tissu malade est dur, résistant, ne laisse rien couler par la pression de la surface des sections; sa couleur est gris bleuâtre, avec des taches plus blanches, les unes allongées, papillaires, les autres arrondies.

Tout ce tissu vu au microscope est formé de fibres cellulaires de

vaisseaux, et principalement de noyaux cellulaires; les portions blanches offrent les cellules à tous leurs degrés de développement, mais toutes encore pourvues de leur noyau; elles sont disposées linéairement dans les corps papillaires, et concentriquement dans les corps ronds. Cette tumeur renferme donc les deux formes élémentaires que nous avons décrites. (V. pl. 1, fig. 6.)

VIe OBSERVATION. — Tumeur papillaire enkystée (verrue achrochordon d'Alibert).

Le 27 avril 1845, De la Bretonnière, âgé de vingt-sept ans, menuisier, demeurant rue du Cherche-Midi, 119, se présente à la consultation de l'hôpital Necker pour une petite tumeur cutanée, développée sur la paroi abdominale du côté droit.

Ce jeune homme, parfaitement bien constitué et bien portant, s'est fait enlever il y a deux mois une petite tumeur, semblable à celle qu'il porte maintenant, et à la place de laquelle on voit une petite cicatrice de bonne apparence. La tumeur actuelle existait déjà, mais elle était très-petite; depuis ce temps elle s'est développée; elle ne causerait aucune douleur, si elle n'était située sous la ceinture de son pantalon; elle a le volume d'une noisette, est pédiculée, rosée, ne paraît avoir aucune racine profonde; un petit pertuis qui existe à son sommet laisse échapper une matière comme suifeuse au dire du malade.

M. Lenoir enlève cette petite tumeur en la soulevant et rasant le pédicule à son point d'implantation sur la peau au moyen du bistouri.

Le malade porte une petite tumeur semblable, plus petite à la face interne de la cuisse droite.

Examen de la tumeur.

Tendue dans le sens de sa longueur, cette petite tumeur paraît

comme enkystée dans une enveloppe formée de l'épiderme et d'une couche très-mince de tissu; cette enveloppe ne tient à la tumeur même que par quelques filaments qui se déchirent avec une extrême facilité; quelques-uns sont manifestement de petits vaisseaux qui vont se ramifier dans l'intérieur de la tumeur même. La section fait voir dans l'intérieur deux petites cavités triédriques remplies de la matière suifeuse qui s'écoulait de la tumeur. Le tissu blanc laiteux, légèrement opalin, qui forme la base de la tumeur, offre des figures plus ou moins régulièrement pyramidales, dont les bases dirigées en dehors donnent à la surface de la tumeur une apparence de réseau; entre ces pyramides (papilles) on voit de petites vaisseaux encore pleins de sang. Microscopiquement la tumeur est composée de filaments cellulaires, vasculaires, en petite quantité, surtout de cellules épidermiques, à tous leurs degrés de développement, disposées en séries parallèles, et les plus vieilles se trouvent dans la matière ramollie des cavités triédriques.

VII[e] OBSERVATION. — Tumeur épidermique papillaire et folliculaire de la lèvre; cancer de la lèvre.

Au mois d'avril 1845, entre à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Jobert, le nommé Bonnard (Victor), âgé de soixante et un ans, jardinier. Cet homme, d'une bonne constitution, affirme n'avoir jamais eu d'affections vénériennes; il ne fume point. Il y a vingt ans, il se fit à la lèvre inférieure une piqûre qui s'était parfaitement guérie sans laisser ni douleur ni engorgement au lieu où elle avait été faite; pourtant à cet endroit même, si l'on en croit le malade, apparut, il y a un an environ, un petit bouton accompagné de démangeaisons considérables, surtout à l'époque des changements de temps; bientôt ce bouton s'ulcéra, et sous l'influence de cautérisations répétées l'ulcère grandit et finit par acquérir son volume actuel. Aujourd'hui, 8 mars 1845, il comprend la moitié droite de la lèvre inférieure, depuis la commissure jusqu'à la ligne médiane, s'étend sur tout le

bord libre de la lèvre et un peu sur la muqueuse; il a la forme d'un champignon à bords renversés, à surface fendillée, desséchée, d'un brun jaunâtre, reposant sur un fond induré. La peau avoisinante est parfaitement saine. On ne trouve point de ganglions engorgés autour de la mâchoire; l'ulcère est le siége d'élancements et surtout de démangeaisons. M. Jobert opéra le malade par une incision en V à pointe arrondie, circonscrivant la tumeur, et tenta la réunion qui ne réussit pas; les bords de l'incision paraissaient se cicatriser, lorsque le malade mourut de pleuropneumonie.

L'autopsie fit reconnaître une intégrité parfaite de tous les viscères quant à l'affection cancéreuse.

La tumeur, examinée au microscope, montra les éléments épidermiques sous les deux formes papillaires et folliculaires.

VIIIe OBSERVATION. — Tumeur épidermique folliculaire; cancer de la lèvre; deux récidives.

Veisgerber (Jean), âgé de quarante-trois ans, cultivateur à Aubervilliers-les-Vertus, n° 4, entre à l'hôpital Necker (salle Saint-Pierre, n° 42) le 19 juin 1845.

Cet homme a toujours joui d'une excellente santé; il affirme n'avoir jamais eu de maladies vénériennes; il a l'habitude ancienne de fumer le brûlot.

Au printemps de 1844, un petit bouton gros comme une tête d'épingle, sur lequel il se formait des écailles que le malade enlevait de temps en temps, vint à se développer sur la lèvre inférieure et sur la ligne médiane, à l'union de la peau et de la muqueuse. A l'entrée de l'hiver, le bouton avait acquis le volume d'un pois, et quoiqu'il n'y eût pas de douleur, Vesgerber, craignant un mauvais mal, alla consulter un médecin du faubourg Saint-Denis; celui-ci fit sur la petite tumeur des cautérisations avec du nitrate d'argent, cautérisations qui furent répétées deux fois par semaine, pendant un mois et demi. Pendant ce traitement, la tumeur doubla de volume; un autre tubercule se mon-

tra à côté et fit saillie du côté interne de la lèvre. Le médecin parla alors d'opérer; le malade s'y décida, et M. Voillemier fut chargé de l'opération. Il enleva la tumeur en la comprimant entre les deux branches d'une incision en V, et réunit par première intention. Cinq jours après, la plaie était cicatrisée presque complétement, sauf un point très-peu étendu, qui resta ulcéré du côté de la peau, et qui se recouvrit d'une croûte brune. Les bords de la cicatrice, qui étaient restés un peu durs, acquirent, après l'opération, plus de dureté. Cette induration a fait en quinze jours de rapides progrès; quelques douleurs, pas assez fortes cependant pour empêcher le sommeil, ont accompagné ce développement.

Etat actuel. — La tumeur a le volume d'une noix; elle occupe toute l'épaisseur du bord de la lèvre, elle est comme bilobée par la ligne de cicatrice qui remplace le sillon médian de la lèvre, et qui présente en avant une petite ulcération couverte d'une croûte brune. Elle est dure, et sa surface offre une coloration blanche qui tranche avec la couleur rouge de la muqueuse environnante. On aperçoit des petits vaisseaux variqueux dessinant des aréoles sous l'épiderme; la pression de la tumeur est douloureuse. L'état général du malade est parfait; il a le teint hâlé, les muscles bien développés et les chairs fermes.

Le 20 juin, M. Lenoir procède à l'ablation de la tumeur; pour ce faire, il détache un peu la lèvre du maxillaire avec le bistouri et cerne la tumeur à coups de ciseaux; une seule ligature est appliquée; une compresse imbibée d'eau froide pour tout pansement. M. Lenoir aban-à la nature le soin de remédier à la perte de substance produite, perte qui comprend les trois quarts à peu près du bord de la lèvre.

Le 1er juillet, la cicatrisation est fort avancée, et l'échancrure résultant de l'opération a déjà diminué par le fait de l'ascension du menton.

Le 6, on sent dans le bord droit de la plaie un petit tubercule.

Le 17, ce petit tubercule n'ayant cessé de grossir, puisqu'il a le volume d'un pois, M. Lenoir l'enlève d'un coup de ciseaux.

La cicatrice de cette nouvelle plaie se fait rapidement.

Le 6 août, le malade sort bien portant, la cicatrice est achevée, et l'échancrure, quoique beaucoup diminuée, est encore notable; il y a un peu de difficulté à retenir la salive.

A la fin de septembre, le malade est venu, selon sa promesse, se montrer à l'hôpital Necker. Il n'y a pas d'apparence de récidive; il jouit d'une parfaite santé. L'échancrure a disparu; il n'y a plus d'écoulement de salive. La lèvre supérieure s'est allongée pour recouvrir l'inférieure appliquée contre la mâchoire; il s'est formé par l'ascension du menton un nouveau sillon labio-maxillaire.

En somme, la difformité se réduit à ce que Veisgerber a tout à fait la figure d'un homme qui se mord la lèvre inférieure.

Examen de la tumeur.

Elle forme un noyau assez régulièrement arrondi, dont la coupe rappelle celle d'un marron cuit; à son centre existe une espèce de fissure correspondante à la cicatrice de la première opération; cette fissure est remplie par une matière blanchâtre, caséiforme. Tout le reste est dur, compact, a un aspect granuleux; les granulations sont d'un blanc laiteux; les intervalles très-petits qui séparent les granulations sont translucides. La pression ne fait point sourdre de liquide sur les surfaces de section, mais expulse çà et là quelques petites masses blanchâtres. La tumeur est évidemment développée aux dépens du derme; aussi est-elle, dans la plus grande partie, recouverte directement par l'épiderme; elle est séparée de la muqueuse par une couche musculaire saine dans laquelle on trouve cependant un ou deux petits noyaux blancs opalins.

Le petit tubercule extirpé le 17 juillet offre tout à fait la même structure. Le microscope fait reconnaître dans ces deux produits morbides le plus bel exemple possible de tumeur folliculaire épidermique non enkystée.

IXe OBSERVATION. — Tumeur épidermique composée; cancer de la lèvre ulcéré.

(Donnée par M. Bernutz.)

Mallard (Victor-Louis), âgé de trente-deux ans, charpentier (rue Cavé, à Clichy), est entré à l'hôpital Beaujon, salle Saint-Denis, nº 233 (service de M. Laugier), le 23 juin 1845.

Antécédents. — Cet homme a toujours joui d'une bonne santé; il a eu il y a dix ans une chaudepisse et des chancres, dont il fut guéri par les soins du chirurgien de marine d'un bâtiment de l'État à bord duquel il était alors; aucun symptôme d'infection syphilitique ne s'est montré depuis cette époque. Il était fumeur de brûlot et portait la pipe du côté gauche; il a renoncé à cette habitude depuis un an.

Il y a trois ans, apparut à la lèvre inférieure un petit bouton dur, dont la surface était le siége d'une desquamation répétée; six mois après l'apparition de ce bouton, Mallard consulte un chirurgien, qui applique à la surface une pâte blanche caustique : une plaie, suivie de cicatrisation sur une base indurée plus étendue que le bouton primitif, est la suite de ce traitement. Cette induration s'étend peu à peu, et finit par s'ulcérer. Nouvelle cautérisation suivie d'un grand accroissement de la tumeur et de l'ulcère. Le malade consulte alors M. Marjolin, qui l'envoie à Beaujon.

État actuel. — La moitié gauche de la lèvre inférieure est occupée par une vaste ulcération à bords renversés, à fond induré, couverte de petits champignons résistants, non fongueux, très-irréguliers, et dont quelques-uns sont pédiculés; la partie de cet ulcère qu'on voit quand le malade ferme la bouche a plus de 6 centimètres de largeur sur 2 à 3 de hauteur; du côté de la muqueuse buccale, l'ulcère s'étend jusqu'au fond du sillon labio-dentaire, et a envahi 1 centimètre de muqueuse du côté de la joue.

La couleur de cet ulcère est d'un rose vif piqueté de petites places grises, là où l'élimination gangréneuse s'opère; il s'en écoule une petite quantité d'un liquide séro-purulent mêlé de grumeaux blancs.

Deux petits ganglions, gros comme une noisette, roulants sous la peau, à peine douloureux, existent l'un en avant de l'os hyoïde, l'autre au niveau du passage de l'artère faciale sur le maxillaire.

Dès l'origine de l'affection, le malade dit avoir éprouvé quelques démangeaisons ou picotements dans la tumeur. Depuis que l'ulcère existe, les sensations sont plus marquées, quoique très-supportables, et ne troublant nullement le sommeil.

La pression sur les bords de l'ulcère est douloureuse, tandis que les champignons du fond sont insensibles. L'état général du malade est parfait, toutes les fonctions sont intactes, le teint est coloré, le système musculaire est bien développé, les chairs sont fermes.

L'ablation de cette tumeur fut pratiquée le 27 juin 1844 par M. Laugier, qui eut recours, pour combler la large perte de substance produite par l'opération, à la méthode française d'anaplastie. Les deux ganglions engorgés furent enlevés. Le succès de cette opération fut complet, et le malade sortit le 23 juillet parfaitement guéri. Mais au mois d'octobre, le malade revint; il portait dans la cicatrice même une tumeur arrondie du volume d'une petite noix, qui s'ulcéra à son sommet, et d'où M. Laugier exprima une matière toute pareille à celle des kystes athéromateux; puis les bords de la plaie s'indurèrent, et le malade présente actuellement une récidive étendue.

Examen de la tumeur.

Les coupes pratiquées dans cette tumeur montrent une couche de tissu blanc laiteux, opalin, ayant de quelques millimètres à 1 centimètre et demi de hauteur, reposant sur des tissus sains dont la couleur tranche nettement avec la sienne. Ce tissu affecte à la surface ulcérée la forme papillaire, et ce sont ces papilles qui, remplies par le sang et turgides pendant la vie, constituaient les champignons de l'ulcère; au-dessous de la couche papillaire, on trouve çà et là des noyaux tuber-

culeux de même couleur que les papilles, et dont les plus petits et les plus éloignés sont placés dans l'épaisseur même de la couche musculaire de la lèvre. On ne peut exprimer aucun liquide des surfaces de sections, mais çà et là on en exprime de petits grumeaux blancs.

Papilles, tubercules et grumeaux, montrent au microscope des cellules épidermiques à tous les degrés d'évolution; et ces cellules sont disposées comme je l'ai dit dans ma description générale.

Les deux ganglions ne présentent aucun des caractères de l'encéphaloïde.

La matière athéromateuse, sébacée, de la petite tumeur par laquelle a commencé la récidive n'est formée que de grands feuillets épidermiques. Des ulcérations qui se sont formées à la surface de la tumeur de récidive, il s'écoule un pus sanieux dans lequel on trouve des grumeaux blancs, qui se montrent au microscope composés de petits corps folliculaires.

X[e] OBSERVATION. — Tumeur épidermique de la lèvre; cancer ulcéré; cachexie cancéreuse.

Le 2 août 1845, entre à l'hôpital Necker, salle Saint-Pierre, n° 39, le nommé Sulikowski, jardinier, âgé de quarante-sept ans.

Il y a deux ans, cet homme, qui était bien constitué, et qui avait toujours été bien portant, eut une fissure à la lèvre inférieure gauche qui s'entoura bientôt d'une induration qui grossit graduellement, et qui fut enlevée par M. Gerdy dans le courant de l'an dernier. Il y eut récidive, et cette récidive fut encore opérée par M. Gerdy (la pièce anatomique fut, je crois, examinée par M. Lebert, qui en constata la nature épidermique) : cette fois, la plaie produite par l'opération ne guérit pas.

Depuis lors le mal marcha avec une extrême rapidité, et à son entrée à l'hôpital Necker, le malade présentait un état déplorable et tous

les signes d'une cachexie cancéreuse prononcée. Deux vastes ulcérations à bords renversés, anfractueux, à fond couvert de champignons petits, nombreux, siégeaient autour de la mâchoire inférieure; une sérosité abondante fétide s'écoulait de ces ulcérations, qui étaient entourées de tissus indurés; au pourtour des ulcères, on voyait se développer de petites tumeurs blanches rosées, qui se détruisaient peu à peu par la marche progressive de l'ulcération, en même temps que d'autres se développaient plus loin; des hémorrhagies fréquentes, entraînant des lipothymies, aggravaient chaque jour l'état du malade; les ganglions des deux côtés du cou, gros comme des œufs, étaient douloureux; des douleurs vives arrachaient des plaintes continuelles au malheureux, qui, amaigri, très-faible, offrant la pâleur mate des cachexies, la flaccidité et l'œdématie des chairs, fut transporté à Bicêtre comme incurable.

Un champignon presque pédiculé, que je pus enlever d'un coup de ciseau sans que le malade en témoignât la moindre douleur, me présenta dans son épaisseur de nombreux petits corps folliculaires très-reconnaissables, dont les cellules avaient tous les caractères observés dans les autres tumeurs épidermiques, de telle sorte que je regardais Sulikowski comme un exemple manifeste de la possibilité de la cachexie cancéreuse à la suite du développement d'une tumeur épidermique.

XI[e] OBSERVATION. — Tumeur épidermique du scrotum; cancer des ramoneurs; cachexie cancéreuse.

Le 5 avril 1845, Girault (Jean-Pierre), charretier, âgé de quarante-cinq ans, boulevard des Fourneaux, n° 13, entre à l'hôpital Necker, salle Saint-Pierre, n° 8.

Cet homme, qui, jusqu'à sa maladie actuelle, a toujours joui d'une bonne santé, a eu, il y a dix-huit ans, deux ou trois chancres, pour lesquels il a suivi un traitement inconnu. Il y a quatorze mois qu'un petit tubercule gros comme un pois se montra dans l'épaisseur de

la peau de la racine des bourses, du côté droit. Il ne causait de douleur que par le frottement de son pantalon.

Deux mois après, Girault consulta un médecin, qui fit sur la grosseur des cautérisations avec le nitrate d'argent; celles-ci furent suivies d'un prompt accroissement de la tumeur, tel que deux mois plus tard, à l'époque de sa première entrée à l'hôpital Necker, elle formait une plaque ayant 5 centimètres environ de diamètre. Il n'y avait pas alors de douleurs spontanées, et la santé générale était intacte. Le malade fut opéré par M. Chassaignac, et regardé comme présentant l'affection décrite sous le nom de *cancer des ramoneurs.*

La pièce enlevée, qui me fut remise par mon collègue M. Bergeron, interne dans le service, me présenta tous les caractères des autres tumeurs épidermiques que j'avais déjà examinées.

Le malade sortit de l'hôpital conservant une petite plaie non encore cicatrisée. Il reprit son travail, et la tumeur reparut rapidement; des poudres diverses, des caustiques employés en ville et à l'hôpital des Vénériens, n'améliorèrent nullement l'état local, qui, s'aggravant toujours, finit par ramener Girault à l'hôpital Necker.

A cette époque (avril 1845), le malade disait avoir maigri; il était pâle, quoique encore fort, conservant son appétit et son sommeil. Il eut, quelques jours après son entrée, une attaque épileptiforme, en même temps qu'une éruption de plaques d'urticaire.

Dans le pli fémoro-scrotal existait un ulcère à bords renversés en dehors, creusé en forme de fente entre ses deux bords, et dont la surface gris-rosée, non mamelonnée, mais ayant l'apparence des ulcères squirrheux, secrétait une très-petite quantité de pus. Son fond était dur, et reposait sur une plaque de tissus indurés, de forme très-irrégulière, s'étendant presque jusqu'au milieu du pli de l'aine d'un côté, peu du côté du pubis, et ayant près de 2 centimètres sur la peau de la cuisse. Cette plaque indurée était colorée en rouge violacé, chaude, douloureuse à la pression, surtout à droite, où une saillie fluctuante vint à se manifester quelques jours après. Le bistouri plongé en ce point donna issue à une certaine quantité de pus san-

guinolent (un demi-verre environ) mêlé d'une quantité de petits grumeaux blancs, que le microscope me fit reconnaître pour de petites agglomérations de cellules épidermiques, dont plusieurs présentaient l'arrangement décrit sous le nom de forme folliculaire. Il ne se fit point par cette plaie d'issue de fongosités; celle-ci parut se refermer, et le 26 avril, il ne restait d'elle qu'un petit pertuis.

A partir de ce jour, le malade fut soumis, pendant près de deux mois, à un traitement par l'iodure de potassium, porté graduellement à 4 grammes par jour, qui n'eut aucun effet sur l'état local, et parut seulement augmenter l'appétit et les forces du malade. Dans la nuit du 1er mai, le malade fut subitement pris d'une vive douleur dans tout le membre inférieur gauche, et le matin il présentait un œdème considérable de cette extrémité, œdème douloureux, avec teinte violacée et augmentation de la chaleur de la peau de cette région. Le pouls était à 120, et diminua rapidement les jours suivants, en même temps que l'œdème diminua, sans autre traitement qu'un bandage roulé. Un cordon veineux devient perceptible en haut de la cuisse; les veines sous-cutanées prirent du développement.

Pendant ce temps, et pendant les mois suivants, l'ulcération fit des progrès en largeur et en profondeur, et devint le siége d'un écoulement séreux fort abondant; des ganglions engorgés se sentaient sur le côté droit du détroit supérieur du bassin. Le malade maigrit et pâlit rapidement, prit une teinte cachectique, qui avait quelque chose de plombé; des douleurs de plus en plus vives se manifestèrent dans la tumeur ulcérée, au-dessous de laquelle il se formait des abcès, qui se faisaient jour à travers les tissus indurés. Le malade, renvoyé comme incurable dans le courant du mois de septembre, présentait au plus haut degré toute l'apparence de la cachexie cancéreuse.

J'ai revu depuis ce malheureux chez lui, où il s'était confié aux soins d'un charlatan, qui le berçait d'espérance, en appliquant sur son mal des emplâtres qui ne devaient être levés qu'à minuit précis, sous peine de manquer leur effet.

Réflexions. — Cette observation est un exemple de ce que les Anglais ont décrit sous le nom de *cancer des ramoneurs.* Le début de cette affection par une petite tumeur verruqueuse, sa marche et ses conséquences, sont les mêmes que ceux des autres affections cancéreuses de la peau, et l'anatomie de structure vient confirmer leur parfaite similitude. Il n'y a pas de raison pour faire du cancer des ramoneurs une affection spéciale.

XII[e] OBSERVATION. — Tumeur épidermique du gland; cancer de la verge; cachexie cancéreuse commençante.

Le 22 mai 1845, entre à l'hôpital Necker, salle Saint-Pierre, Jean-Pierre, dit Gaspard, autrefois passementier, âgé de soixante et quinze ans.

Cet homme, qui a été militaire et dit n'avoir jamais eu de maladies vénériennes, est porteur d'un phimosis congénital; il a toujours joui d'une bonne santé, n'a jamais eu de difficulté pour uriner. Il y a deux ans, il se blessa à la verge, il y eut du gonflement et depuis ce temps l'émission des urines devint un peu douloureuse. De temps en temps, depuis deux mois, il s'aperçut que sa verge grossissait en même temps que les difficultés pour uriner devenaient plus marquées. Il y a huit jours, l'inflammation s'empara de la partie, cependant il n'y a eu ni frisson, ni fièvre, ni diminution de l'appétit, mais les douleurs en urinant sont devenues très-vives.

Il entre à l'hôpital où il nous présente l'état suivant.

La verge volumineuse est comme en érection tendue, dure, douloureuse; cette tension s'étend en arrière jusqu'au pubis; le scrotum, la racine des corps caverneux et le bulbe de l'urèthre sont libres et souples. Le prépuce recouvre complétement le gland et ne présente qu'une très-petite ouverture.

Le pouls est à 72, fort, plein, large; la peau est naturelle, la langue aussi; l'intelligence parfaitement nette et l'esprit gaillard; bon appétit, pas de selles depuis deux jours.

M. Lenoir procède à l'opération du phimosis pour éclairer l'état des parties. Cette opération met à découvert le gland, siége d'une affection cancéreuse. Il est volumineux, dur, rouge, tout irrégulier, rappelant par sa forme celle des truffes du Périgord. Sa surface, examinée de près, offre un aspect mûriforme très-prononcé. Sa base est perforée de plusieurs orifices fistuleux qui laissent écouler du pus mélangé à de l'urine, et contenant des filaments de tissus gangrenés; la pression du corps de la verge fait sortir ce liquide en quantité.

Quelques jours après, le pus ne paraissant pas avoir une issue facile, M. Lenoir pratique une contre-ouverture à la racine du corps caverneux gauche; il survient un phlegmon du scrotum, des incisions sont pratiquées; l'état du malade s'améliore alors au moins au point de vue de l'état local; mais les ganglions de l'aine s'engorgent, de la surface du gland on fait suinter par de petits orifices un liquide épais blanc, comme crémeux. (Voy. l'*Anatomie microscopique.*)

Dans le courant du mois de juillet, le malade s'affaiblit, maigrit beaucoup et pâlit, sans que des douleurs locales en soient la cause; l'esprit du malade est toujours gai. Pendant le mois d'août, sans symptômes aigus, la faiblesse devient considérable; des hémorrhagies notables se font par les petits ulcères qu'offrent maintenant la surface du gland; il y a de fréquentes lipothymies. Des râles nombreux remplissent la poitrine du malade, qui est depuis longtemps catarrheux. La pâleur, plus marquée à la fin d'août, rappelle assez le teint cachectique des cancéreux; la faiblesse va croissant; des douleurs apparaissent dans les grandes articulations, mais aucune dans la verge; la langue se sèche, l'appétit se perd, et le 3 septembre Jean-Pierre meurt sans avoir présenté d'agonie, et peu après avoir parlé comme à son ordinaire.

Nécropsie le 4 septembre.

Les viscères sont tous parfaitement sains, sauf les poumons, dont toute la partie postérieure est friable, fortement engouée, colorée en rouge vineux, sans que le tissu pulmonaire soit dense et compacte

comme dans la pneumonie franche. Des surfaces de section, il s'écoule une abondante sérosité sanguinolente et spumeuse. La muqueuse bronchique est partout rouge et molle.

Examen de la verge. — Il ne reste plus de trace des foyers purulents, autre qu'une cavité formée par le décollement de la membrane fibreuse des corps caverneux. Cette cavité, tapissée par une pseudo-muqueuse, s'étend dans toute la moitié latérale gauche du corps de la verge, et s'ouvre au travers du gland.

L'urèthre est fort élargi en arrière du gland jusqu'à la vessie, sa muqueuse est fort épaisse, ramollie, pointillée de gris noir et couverte d'une couche de pus. La vessie est rétrécie, sa muqueuse est ramollie, grise ou injectée.

Le gland, tubéreux, recouvert d'une croûte brune, ulcéré par place, laisse suinter un liquide crémeux, un peu bleuâtre, que nous avons déjà observé pendant la vie du malade. La coupe du gland offre une surface d'un blanc laiteux; la pression fait suinter le même liquide, déjà signalé, d'une trame fibro-cellulaire, qui a vers la surface l'aspect papillaire, et qui, dans la profondeur, rappelle un peu celui des circonvolutions cérébrales. Le microscope montre dans le liquide des cellules de formes très-variées, très-irrégulières, offrant une légère teinte jaune, très-visibles sans addition d'eau, devenant plus nettes par cette addition, s'éclaircissant par l'acide acétique qui ne produit pas de coagulation dans le liquide qui les contient.

Ces cellules sont lamellaires; les unes arrondies, les autres polygonales, les autres allongées; les plus grandes ont perdu leur noyau et ont deux à trois fois le volume des plus grandes cellules d'encéphaloïde ou de squirrhe glandulaire. On ne trouve point dans ce liquide les abondants granules composés qu'on trouve toujours dans les cancers glandulaires, lorsqu'ils contiennent un liquide laiteux (encéphaloïde ramolli).

Réflexions. — Cette observation montre que, très-probablement, la

structure des cancers de la verge est la même que celle des autres cancers cutanés ; je rappelle ici qu'on a observé des productions cornées sur le gland, comme sur les autres parties du corps, et que ces productions ont été souvent aussi observées sur des glands dits cancéreux par les auteurs.

XIII[e] OBSERVATION. — Cancer de la verge; cachexie cancéreuse; cancer secondaire dans les ganglions inguinaux.

Le 16 juin, entre à l'hôpital Necker, salle Saint-Pierre, n° 5, Rousseau (Gervais), ferblantier, âgé de soixante et un ans, marié.

Cet homme nous dit avoir eu une forte constitution et avoir, jusqu'au début de la maladie actuelle, joui d'une fort bonne santé; il a eu une chaudepisse à l'âge de dix-sept ans. Il y a cinq ans, il éprouva pour la première fois des difficultés d'uriner, pour lesquelles il ne consulta un médecin qu'il y a quinze mois; à cette époque, le gland présenta près de l'orifice uréthral une tumeur ressemblant à une framboise. M. Monod le traita par les caustiques, qui furent appliqués plusieurs fois ; dans l'espace de deux mois après ce traitement, le malade reprit son travail pendant six semaines; les ganglions de l'aine s'engorgèrent des deux côtés ; à droite, l'engorgement augmenta peu à peu, une ulcération se fit; le malade maigrit, et diminua de moitié, dit-il, des douleurs vives se manifestaient seulement lors de l'émission des urines, et l'ulcère de l'aine était le siége de picotements qui ne troublaient point le sommeil. Depuis trois semaines il s'est manifesté de l'œdème aux deux jambes.

États actuels. — Le gland est induré au pourtour du méat urinaire, qui est excavé par l'action des caustiques; la surface de la portion indurée est en partie cicatrisée, en partie comme bourgeonnante; son aspect est absolument le même que celui que nous avons signalé dans l'observation précédente (Jean-Pierre dit Gaspard).

Deux petits noyaux, ayant la dureté du cartilage, le volume d'un pois,

existent à gauche du frein et sur le prépuce. Le gland et ces petits noyaux sont douloureux à la pression.

L'aine droite est occupée par une vaste ulcération à bords renversés et élevés de 2 centimètres, à fond dur, garni de champignons assez résistants, lardacés, du volume d'une noix, et dont la couleur est gris rosé. Les bords de l'ulcère sont très-douloureux, les champignons du fond sont absolument insensibles : aussi, je puis en couper un sans que le malade s'en aperçoive ; cette section ouvre deux ou trois petites artérioles qui donnent du sang par jet ; la pression avec le doigt maintenue pendant quelques instants suffit pour arrêter l'écoulement de ce sang qui se coagule rapidement. Un paquet glanduleux existe dans l'aine gauche.

Le malade est très-maigre, les chairs flasques et molles ; la peau est partout décolorée, excepté à la face où il y a des plaques colorées sur les joues ; les deux jambes sont œdémateuses, douloureuses à la pression ; je ne sens pas de cordons veineux.

A part ces signes de cachexie, le malade dort assez bien ; il mange avec assez d'appétit.

Renvoyé comme incurable.

Examen du champignon.

Le champignon excisé et coupé en deux parties offre l'apparence du lard cuit, mou ; on fait sortir des surfaces de section un liquide séreux blanc, légèrement opalin, rempli de cellules pâles à grands noyaux, avec deux ou trois nucléoles. Ces cellules si pâles, qu'elles sont difficiles à voir sans l'addition de l'eau, sont disposées dans une tranche mince en séries plus ou moins exactement parallèles dans une trame très-rare et légère ; leurs dimensions, leur forme sont bien exactement celles de l'encéphaloïde des ganglions. (Voy. pl. 2, fig. 7.)

Je rapprocherai de cette observation le fait suivant :

Une vieille femme, qui avait été traitée d'un cancer de la lèvre par M. Souberbielle, au moyen de la pâte arsenicale, fut envoyée dans

le service de M. Malgaigne (à Saint-Antoine) dont j'étais l'interne, pour une récidive qui siégeait dans les ganglions sous-maxillaires. Le cancer primitif était guéri, et à sa place existait une cicatrice de très-bonne apparence. Ce ganglion engorgé fut extirpé par M. Malgaigne, mais une seconde récidive survenue avant la guérison de cette opération finit par emporter la malade avec tous les signes de la cachexie cancéreuse.

Ce ganglion, examiné au microscope, me présenta les cellules caractéristiques de l'encéphaloïde.

Je l'ai déjà dit, ce n'est que par induction que ces deux faits peuvent être rapportés à des exemples de tumeurs épidermiques.

Les observations que je viens de rapporter sont les seules que j'aie pu recueillir à peu près complétement, mais j'ai dû à la complaisance infatigable de plusieurs de mes collègues d'examiner d'autres tumeurs cancéreuses de la peau, enlevées dans divers services des hôpitaux de Paris (services de MM. Lenoir, Velpeau, Lisfranc, Bérard aîné, Gerdy, Boyer, Robert), et dont l'identité de structure confirme ce que je vais dire en discutant ces observations.

Si aux observations que je viens de rapporter on ajoute celles qui ont été recueillies par MM. Ecker et Lebert, ce qui a été dit sur ce sujet par M. Sédillot, on arrive à ce premier résultat que la maladie dont nous traitons est bien loin d'être rare.

Nous allons examiner les opinions qui ont été émises sur elle, et nous exposerons celle qui nous est propre.

M. Ecker, qui dit avoir observé un grand nombre de cas provenant de la pratique de Chelius, n'a cependant observé qu'une des formes de la maladie, la forme papillaire, qu'il a décrite avec beaucoup de soin; il paraît du reste n'avoir observé cette maladie qu'aux lèvres et dans sa première période, car il ajoute n'avoir vu ni ulcération

ni ramollissement de ces tumeurs. Il regarde cette affection comme une hypertrophie, ce qui est à mon avis une fausse interprétation des choses, puisque, nous l'avons vu, c'est une infiltration du derme par des cellules, avec étouffement, atrophie de certains éléments; il n'y a pas plus là d'hypertrophie qu'il n'y en a dans l'œdème d'un membre. M. Ecker distigue cette affection du véritable cancer qu'on observe, dit-il, aussi *aux lèvres :* or, la description et les figures qu'il donne des cellules et des tissus de ce qu'il a examiné sous ce titre, ne se rapporte point à ce que les micrographes regardent comme le tissu cancéreux, mais bien plutôt à ce que M. Lebert appelle *tissu fibro-plastique.* Du reste, comme il ne nous donne guère dans sa notice que de l'anatomie pathologique, ce sont évidemment des idées à nous inconnues qui lui font établir que dans un cas il y a cancer, et que dans l'autre la maladie est d'une autre nature. Il a noté pour ces hypertrophies des récidives qui ne sont pas pour lui la preuve d'une nature fâcheuse des tumeurs.

M. Lebert, ayant fait un travail complet sur les tumeurs, nous met plus à même de discuter son opinion.

Appliquant à l'étude microscopique des tumeurs le principe de la division déjà mise en avant par Laennec, pour les produits accidentels, il en fait deux classes principales :

1° Tumeurs homœomorphes ou de bonne nature : « elles représentent le développement anormal des tissus tels qu'on les rencontre à l'état permanent, ou tels qu'on les trouve à l'état embryonal et transitoire. 2° Tumeurs hétéromorphes ou malignes. Cette classe ne comprend que le cancer dont l'élément caractéristique ne se trouve à l'état normal ni comme élément permanent ni comme transitoire.

« Nous avons donc, dit-il, un caractère fixe qui distingue les tumeurs de bonne nature des tumeurs malignes. Quant aux caractères qu'on leur avait donnés jusqu'à présent (aux tumeurs malignes), tels que leur tendance a récidiver, à envahir des tissus environnants, à devenir constitutionnelles, à se transformer en ulcères rongeants, etc., nous leur reconnaisons une grande valeur surtout lorsqu'ils sont réunis;

mais d'un autre côté, nous n'y trouvons nullement les caractères exclusifs du cancer. »

Ailleurs il ajoute : « Le cancer est une production hétéromorphe, ne trouvant pas son analogue dans l'organisme à l'état physiologique. Ses trois principaux caractères sont : qu'il renferme des globules qui lui sont propres ; qu'il a une tendance très-prononcée à l'infection générale de toute l'économie, et que de plus il tend à envahir tout ce qui l'entoure. »

Certes, cette doctrine est séduisante, et l'estime que j'ai pour les travaux de M. Lebert m'a d'abord forcé à rapporter à mon peu d'expérience les premiers doutes que j'avais conçus sur son exactitude ; mais, comme on l'a dit, il n'y a rien de si brutal qu'un fait. De nouveaux faits m'ont conduit à lui faire des objections, dont je n'ai pu trouver la réfutation dans la *Physiologie pathologique ;* ces objections se fortifient de l'appui qu'elles trouvent dans les idées reçues sur le genre de maladies auxquelles je rapporte les tumeurs épidermiques, et de celui que leur fournit l'ouvrage d'un homme haut placé dans la science. Muller, dans ses remarques générales sur la structure microscopique des tumeurs, tente d'en faire une division, basée sur leurs caractères chimiques ; il distingue les tumeurs graisseuses, les tumeurs à colle, les tumeurs albumineuses ; dans cette dernière classe il fait rentrer le collonema, la tumeur scrofuleuse, l'ostéosarcôme albumineux, le sarcôme albumineux et toutes les formes du vrai carcinôme. Cette classification, réunissant des tumeurs bénignes et des cancéreuses, ne peut donc, il le dit, s'appliquer aux tissus pathologiques. Il ajoute ailleurs : « Le principe de la classification des tumeurs ne peut être emprunté ni à la structure microscopique, ni à la composition chimique, car des tumeurs complétement différentes, quant à leur nature physiologique et à leur curabilité, peuvent avoir la même structure intime. »

Pour M. Lebert, les tumeurs épidermiques, étant homœomorphes, doivent être de bonne nature, et les récidives ne prouvent guère autre chose qu'une opération insuffisante. Tout en considérant les réci-

dives de la même manière que M. Lebert, je ne puis être de son opinion sur la bénignité qu'il attribue à la maladie.

Les observations 10, 11, 12, que j'ai données montrent les malades marchant vers une mort certaine, en présentant tous les symptômes de la cachexie cancéreuse. Dira-t-on que ce sont cependant des exemples de tumeurs bénignes, en se basant sur ce que, comme le dit Muller, « des tumeurs bénignes peuvent entraîner, par leur ulcération et la décomposition qui s'en empare, des hémorrhagies répétées, un état cachectique? Et si au contraire on vient à extirper ce foyer morbide, alors la cause des accidents étant enlevée, la santé générale pourra se rétablir dans des circonstances favorables, si la diathèse qui avait occasionné le dépôt et l'organisation de ses éléments n'est pas répandue dans l'organisme. »

Cette manière de parler emporte implicitement que, dans les tumeurs malignes, la diathèse est primitivement répandue dans tout l'organisme : or, c'est là la question qui à mon avis n'est point résolue et dont la réponse varie selon les différentes opinions.

De plus, la dernière phrase que j'ai citée, donne à entendre que le succès ne sera plus le même, si la diathèse est généralisée, c'est-à-dire, en d'autres termes, qu'une tumeur bénigne peut devenir maligne : alors que devient la distinction des tumeurs en bénignes et malignes ? Pour nous, comme pour tout médecin non micrographe, une tumeur qui donne lieu par son développement à des symptômes pareils à ceux dont parle Muller, pareils à ceux que nous offrent les observations citées, doit être et ne peut être que maligne.

Avant d'aller plus loin dans cette discussion, j'ai quelques mots à dire des faits que M. Lebert donne comme étant de véritables cancers, à opposer aux tumeurs épidermiques. Les faits qu'il cite sont au nombre de quatre, et il les intitule « *Cancers de la lèvre, Cancers de la joue* » et non pas cancer de la peau. Il ne rapporte guère ici que l'analyse microscopique; il n'est point établi que le mal, dans ce cas, eût débuté par la peau plutôt que plus profondément; je ne les regarde donc point comme devant m'être opposés dans ce qui suit.

parce que je ne m'occupe que des tumeurs appartenant par leur origine aux téguments mêmes. Ce que je viens de dire doit aussi s'appliquer à ce qu'a dit M. Ecker des vrais cancers des lèvres.

Toutes mes observations, ainsi que celles des deux savants que j'ai continuellement à citer, me conduisent à dire que jusqu'à ce jour on n'a point trouvé dans l'épaisseur de la peau de tumeurs celluleuses dont les éléments soient pareils à ceux qu'on trouve dans les squirrhes et encéphaloïdes des autres organes.

Nous devons donc nous demander ce que sont ces tumeurs dans le langage médical ordinaire. Les diagnostics portés à leur égard par les chirurgiens dans les services desquels les observations ont été prises ; la comparaison de ces observations avec les descriptions données par tous nos auteurs classiques, répondent que ce sont des cancers de la peau, des ulcères cancéreux ou cancroïdes, des *noli me tangere*. Le début, la marche, la durée, les symptômes primitifs, les symptômes secondaires, locaux et généraux ; la cachexie cancéreuse qui termine la scène, tout est si parfaitement semblable, que nous pensons être en droit de dire que les affections désignées sous ces noms divers sont anatomiquement constitués par un dépôt ou une formation anormale de cellules épidermiques dans les mailles du derme.

Ceci étant admis, on est naturellement conduit, en se rappelant l'accord presque général des chirurgiens à regarder ces affections comme bien moins graves, comme offrant des chances de curabilité plus grande que les cancers des glandes ; on est conduit, dis-je, à se demander si cette innocuité relative tiendrait à une différence réelle de nature traduite par la différence de structure ; si, en un mot, nous n'aurions pas affaire ici à des cancers. Pour arriver à la solution de cette question, nous sommes obligés de nous demander ce que veut dire actuellement ce mot cancer.

Dans l'impossibilité où nous sommes de relater toutes les opinions émises sur cette grave question, nous nous bornerons à reproduire ce qu'ont dit sur ce sujet les auteurs des deux *Compendiums* de médecine

et de chirurgie pratiques, qu'on peut regarder comme l'expression des idées les plus généralement reçues sur ce sujet.

« Il est impossible, disent MM. Monneret et Fleury, dans l'état actuel de la science, de donner une définition qui convienne au cancer et ne s'applique exclusivement qu'à cette altération pathologique. Dirons-nous qu'il est constitué par l'évolution de deux tissus accidentels sans analogue dans l'économie, savoir, le tissu squirrheux et l'encéphaloïde? (A. Bérard, *Dict. de méd.,* 2e édit.) Mais pour certains auteurs, ainsi que nous le verrons plus loin, il n'y a pas production d'un tissu accidentel formé de toutes pièces au sein de nos organes; il n'est que le développement morbide des tissus naturels. D'ailleurs, par cette définition, on retranche de la classe des cancers certaines lésions qui sont considérées comme telles par quelques pathologistes. Dirons-nous qu'ils ne désignent que les transformations successives qu'éprouvent les organes enflammés, indurés, en passant d'abord par l'état squirrheux et plus tard par le ramollissement cérébriforme? (Breschet et Ferrus, art. CANCER, *Dict. de méd.,* 1re édit.—M. Récamier, *Recherches sur le traitement du cancer par la compression,* p. 438. — Broussais et d'autres. — M. Andral, *Anat. path.*) Mais un grand nombre de médecins considèrent le squirrhe et l'encéphaloïde comme des produits nouveaux, et non comme des phases d'une même affection. Il est donc préférable, à défaut d'une définition rigoureuse, de caractériser le cancer par les symptômes et les lésions pathologiques qui lui appartiennent. Dès lors, nous dirons qu'il y a cancer toutes les fois que le tissu d'un organe présentera l'une ou l'autre disposition que nous allons décrire sous le nom d'encéphaloïde et de squirrhe; il faudra encore, pour qu'il y ait cancer, que le tissu développé dans l'organe possède le fâcheux privilége de ne pas rétrograder dans sa marche, d'envahir de proche en proche les parties environnantes, de les convertir en tissu analogue au sien, de les ulcérer, de tendre à se reproduire, dans des régions plus ou moins éloignées, quand on est parvenu à le guérir dans son siége primitif; enfin, d'offrir une incurabilité sinon aussi absolue que l'ont prétendu Bayle et M. Cayol,

du moins assez grande pour compromettre gravement la vie des malades. Quant aux douleurs lancinantes, elles manquent trop souvent pour que l'on puisse les regarder comme un signe de l'affection cancéreuse; elles se montrent d'ailleurs dans des cas où l'on ne peut soupçonner l'existence de cette maladie. Le tableau que nous venons de tracer semblerait devoir être suffisant pour établir une ligne de démarcation bien tranchée entre le cancer et les autres productions anormales de l'économie; avouons cependant qu'il n'en est pas toujours ainsi. Souvent le médecin ne peut pas décider quelle est la nature de l'affection qu'il a sous les yeux. Bien plus, les symptômes du cancer peuvent manquer, lors même que l'anatomie pathologique vient nous révéler son existence, et par contre les symptômes font croire quelquefois à un cancer qui n'existe pas. On voit donc qu'il reste beaucoup à faire touchant l'étude de cette grave affection. »

De leur côté, MM. A. Bérard et Denonvilliers s'expriment ainsi qu'il suit sur cette même question (*Compendium de chir. prat.*) :

« Il est difficile de donner une bonne définition de la maladie qui nous occupe. Les praticiens ont en général de la tendance à considérer comme cancéreuse toute tumeur chronique qui résiste aux remèdes. Beaucoup d'auteurs, entrant plus profondément dans la question, essayent d'établir les caractères du cancer d'après ses symptômes les plus constants, comme sa marche progressivement envahissante et jamais rétrograde, son extension aux parties voisines, sa terminaison constamment funeste en dépit des efforts de l'art, l'aspect particulier de l'ulcère, le caractère des douleurs, etc. etc. Rien de plus utile sans doute que ces tableaux abrégés, dans lesquels on désigne, par ses phénomènes les plus saillants, une maladie inconnue dans sa nature, très-complexe, et qui ne se prête pas à une définition rigoureuse; mais encore faut-il que chaque trait de ces descriptions sommaires soit d'une exacte vérité; or, il nous semble que dans l'état actuel cette condition n'est pas remplie. On a vu rarement, il est vrai, mais enfin on a vu, la nature opérer la guérison du cancer, soit par la gangrène et la chute d'énormes masses morbides, soit par la formation de cica-

trices, reposant sur un ulcère cancéreux. Il n'est pas de médecin qui n'ait observé que les douleurs lancinantes peuvent manquer dans le cancer et se rencontrer au contraire dans des affections qui en diffèrent entièrement. Cette remarque a été tant de fois répétée qu'elle est devenue vulgaire. Combien de cancers, enfin, qui persistent pendant des années sans faire de progrès, sans envahir les tissus environnants, et sans arriver à la période d'ulcération. C'est d'après ces motifs que les écrivains les plus modernes se sont résolus à chercher dans l'anatomie pathologique les bases d'une définition qu'il ne leur paraissait pas possible d'établir d'une manière satisfaisante à l'aide des caractères tirés de la symptomatologie. Ils admettent, et nous admettons avec eux, que le cancer consiste dans la production, le développement et l'évolution de certains tissus accidentels, sans analogues dans l'économie; mais quels sont ces tissus? c'est un point sur lequel les chirurgiens ne sont pas d'accord. »

Les auteurs que nous venons de citer se rangent à l'avis de Laennec; ils ne donnent jusqu'à présent le nom de cancer qu'au tissu squirrheux et encéphaloïde, mais ils ajoutent, fort judicieusement à mon avis: « Quant aux diverses altérations qu'on a cru pouvoir rapprocher d'eux, pour en traiter sous le même titre, nous pensons que les uns en diffèrent par trop de points pour qu'on doive les assimiler aux productions cancéreuses, et que les autres n'en sont que des variétés décrites sous des noms particuliers. Enfin, s'il existe en effet, ce que nous sommes disposés à admettre, quelques productions accidentelles, différentes par leur organisation du squirrhe et de l'encéphaloïde, quoiqu'analogues par leur marche et les funestes conséquences qu'elles entraînent, il faut convenir que ces productions morbides n'ont pas été jusqu'ici assez exactement décrites pour qu'on puisse les considérer autrement que comme des cas rares et exceptionnels, et pour que, surtout, on doive en tenir compte dans une définition placée en tête de la description du cancer. Peut-être les progrès de la science permettront-ils d'étendre un jour la liste des tissus cancéreux; mais dans

l'état actuel de nos connaissances, le squirrhe et l'encéphaloïde sont seuls bien connus, et c'est leur présence qui caractérise essentiellement le cancer. »

En face de l'incertitude des définitions du cancer, il nous semble que, dans l'état actuel de nos connaissances, nous avons deux ordres de faits à examiner pour arriver à établir si une espèce déterminée de tumeurs doit être regardée comme cancéreuse ou non. Nous puiserons les uns dans l'observation des symptômes, les autres dans l'anatomie pathologique.

L'anatomie pathologique nous apprend que deux tissus principaux sont actuellement reconnus comme entraînant par leur évolution l'ensemble des symptômes caractéristiques de l'affection cancéreuse. Ces deux tissus, le squirrheux et l'encéphaloïde, se reconnaissent maintenant à deux espèces de caractères: les uns sont des caractères physiques, de couleur, de consistance, de forme générale, obtenus par l'usage de nos seuls sens; les autres, obtenus à l'aide du microscope, sont plus précis, et tirés principalement de la forme et de la grandeur des cellules élémentaires entrant dans la composition des produits morbides.

Si nous cherchons à constater l'existence de ces caractères dans les tumeurs dont nous nous occupons, les premiers ne s'y retrouvent qu'imparfaitement, et qu'autant que l'observation n'est pas minutieuse; en effet, dans la première période de leur développement, qui a beaucoup d'analogie d'aspect avec le tissu squirrheux, comme l'a fait connaître Scarpa en particulier, il ne suinte point de liquide séreux des surfaces de section; dans la seconde période, lorsque le tissu blanc ramolli a quelque rapport avec l'encéphaloïde, ce n'est pas un liquide laiteux ou noir qu'on exprime de la trame celluleuse, c'est plutôt une matière grumeleuse caséiforme.

Quant aux caractères microscopiques, nous savons combien ils diffèrent de ceux du squirrhe et de l'encéphaloïde, tels qu'ils sont donnés par les micrographes, principalement d'après les cancers profonds qui ont servi de type à leur description. (Voy. pl. 1 et 2, fig. 8 et 9.)

Voyons si l'observation des symptômes nous fournira plus de lumière. En appliquant aux cancers la division en série des symptômes telle que M. Andral l'a donnée pour l'étude de la symptomatologie des produits organisables, on voit qu'une seule de ces séries leur est propre : c'est celle qui se rapporte à l'influence qu'ils ont sur l'organisme en général. Cette série de symptômes, propre à leur dernière période, constitue la cachexie cancéreuse.

Ces symptômes sont les engorgements ganglionnaires d'une part, et d'autre part ceux qui paraissent tenir à l'altération du sang, altération qui se traduit par des troubles nerveux et circulatoires nombreux. Ces symptômes caractéristiques, lorsqu'ils se montrent, et qui établissent nettement la nature cancéreuse du mal, sont surtout le teint jaune paille, les hémorrhagies, les coagulations sanguines, l'œdème, la flaccidité des chairs, l'amaigrissement, les troubles digestifs, la fièvre hectique. Or, ils ont été observés trop souvent dans les affections qui nous occupent, pour qu'on puisse avec quelque raison distraire celle-ci du groupe des maladies cancéreuses.

Ensuite des réflexions auxquelles nous venons de nous livrer, il me semble de toute impossibilité de regarder les tumeurs épidermiques comme bénignes ; mais on pourrait objecter que ce sont des tumeurs primitivement bénignes qui ont dégénéré en cancer; cette manière de parler se rencontre si souvent dans les auteurs et dans la bouche des praticiens, qu'il est important de la discuter.

Laennec, qui a cherché à préciser le sens du mot *dégénération*, dit que ce mot (dont *dégénérescence* est un synonyme inutile) désigne, en langage ordinaire, le changement de nature d'un objet quelconque, et emporte en même temps l'idée du passage de l'état primitif à un état inférieur ou pire. L'appliquant à l'anatomie pathologique, il distingue les dégénérations des produits accidentels ; ces derniers sont des dépôts de matière dans la trame des organes, tandis que les dégénérations sont des transformations d'un tissu en un autre, et il donne comme exemple de ces deux modes d'altération, une production graisseuse ombilicale et une transformation graisseuse du rein. Il me paraît

difficile de donner à ce mot une autre acception. Dans l'espèce alors, la dégénération d'une verrue en cancer, serait la transformation d'un tissu rempli de cellules épidermiques en un tissu rempli de cellules d'autre espèce. Or, les tumeurs cancéreuses, suite de verrues (voy. nos observations), contiennent les mêmes cellules élémentaires que ces dernières; la maladie, en marchant ou se développant, offre des périodes symptomatologiques variées; mais le mot de dégénération ne doit pas plus être employé pour désigner ces changements successifs, qu'il n'est employé pour désigner le passage de l'encéphaloïde cru à l'encéphaloïde mou, ou celui du tubercule miliaire ou tubercule cru. Si quelque chose a dégénéré dans ces maladies diverses, c'est la constitution du malade, qui de bonne est devenue mauvaise.

Nous voici donc arrivés à cette conclusion que les tumeurs épidermiques, vulgairement appelées *boutons de mauvaise nature* (*noli me tangere*), ulcère cancéreux ou cancroïde, cancers de la peau, sont bien de vrais cancers, ou, pour parler plus exactement, à notre sens, que l'affection cancéreuse peut être la suite du développement d'une tumeur épidermique.

Mon but n'est pas de faire l'histoire des *noli me tangere,* mais d'exposer quelques-uns des points de cette histoire sur lesquels la connaissance de leur structure anatomique me semble jeter du jour; c'est ce que je vais faire.

§ I.

La connaissance de ces affections montre que la division que M. Lebert a voulu établir entre les tumeurs malignes et les bénignes, en se basant sur l'homœomorphisme et l'hétéromorphisme de leurs éléments, ne peut être admise dans sa rigueur. Muller a établi qu'on ne pouvait pas davantage la fonder sur la dissemblance de leur composition chimique; on sait, du reste, qu'on ne peut nullement la chercher dans leurs caractères physiques grossiers. C'est donc, je pense, en recourant à des considérations physiologiques d'une nature plus

élevée qu'on peut espérer trouver la solution d'un problème aussi intéressant. Je n'ai ni la science, ni l'expérience nécessaire pour une pareille œuvre.

§ II.

Puisque des productions parfaitement semblables peuvent entraîner des conséquences si différentes, que les unes, comme les verrues des jeunes gens, les kystes athéromateux, soient, dans l'immense majorité des cas, parfaitement innocentes, et que les autres, celles que nous avons étudiées en dernier lieu, soient si graves, il faut rechercher les circonstances qui peuvent changer à ce point le pronostic. C'est dans les considérations tirées de l'âge, du sexe, de la constitution, du mode de réaction des individus, des influences physiques et morales, que nous trouvons jusqu'à présent la seule raison de cette différence.

Le sexe. — Tous les auteurs ont noté ce point de l'étiologie des affections cancéreuses de la peau, que l'homme y était plus sujet que la femme. Nos observations recueillies dans divers hôpitaux de Paris portent presque toutes sur le sexe masculin. Les rapports que nous avons constatés entre la formation pileuse et l'une des formes des tumeurs épidermiques font ressortir assez la raison de cette remarquable différence. La plus grande activité de cette formation explique chez l'homme la plus grande fréquence des cancers de la peau, comme la plus grande activité fonctionnelle des mamelles rend raison de la fréquence du cancer chez la femme.

L'âge. — C'est surtout après l'âge adulte qu'apparaissent les cancers de la peau, comme ceux des autres parties. Deux circonstances aident à l'explication de ce fait : l'âge, en amenant le développement des poils, a la même influence que le sexe. De plus, en considérant cette production anormale de cellules épidermiques, ce qu'on est tout naturellement porté à faire, comme le résultat d'une déviation des

forces plastiques; comme, dans la vieillesse, la diminution de ces forces est manifeste, cette loi physiologique donne la clef de l'accroissement rapide de ces productions, quand on avance en âge. Ces boutons, ces *noli me tangere,* remontent souvent à dix, quinze, vingt ans et davantage; ce n'est que lorsque la vieillesse, ou l'une des circonstances que nous examinerons plus loin, surviennent, qu'on les voit se développer et devenir la source d'accidents.

La constitution. — Son influence n'est pas bien connue. La plupart du temps elle était excellente au début de la maladie, et elle s'est maintenue telle, tant que la vieillesse ou les influences physiques ne sont pas survenues.

Du mode de réaction de l'individu. — Un foyer morbide existant dans le corps, la nature médicatrice agit pour l'en débarrasser, et elle le fait de différentes manières suivant les individus. Une tumeur épidermique est un foyer morbide dont l'apparition première nous échappe dans sa cause (voy. DIATHÈSE), et qui agit en déterminant autour de lui, à une distance plus ou moins grande, la transformation du plasma nutritif en éléments pareils à lui-même. Cela se fait en vertu de la même loi physiologique qui régit la transformation de ce plasma en fibres musculaires ou cellulaires. Comme on ne peut expliquer ces transformations variées, origine des divers tissus élémentaires, par une différence primitive du suc nutritif, on doit l'attribuer à une force d'influence que Schwann appelle force métabolique. Cette même loi préside à l'extension du foyer morbifique; cela est si vrai qu'une influence différente arrête ou retarde la marche envahissante du mal, qui jusqu'à sa rencontre avait progressé rapidement.

Une aponévrose, une couche de tissu fibreux, le périoste, arrêtent ou retardent, on l'a toujours remarqué, la marche envahissante directe du cancer; qui a du reste une autre route ouverte pour infester l'économie, celle du système lymphatique. Cela est une action thérapeutique naturelle qu'on peut appeler palliative, tandis que d'autres fois

on voit l'organisme, suivant encore, dans l'état irrégulier et morbide qui nous occupe, les lois qui le régissent dans l'état normal, opposer à la propagation du mal une barrière artificielle plus puissante encore que les barrières naturelles, parce qu'elle est plus complète. Cet effort de l'organisme se traduit par l'enkystement du foyer morbide, qui se trouve alors limité de toutes parts par une coque fibreuse plus ou moins épaisse, et n'a plus alors avec celui-là que des communications vasculaires très-faibles, et pas du tout de communications nerveuses. C'est là ce que nous avons observé pour les kystes, pour les verrues. L'influence heureuse de cet enkystement a été souvent signalée. Dupuytren dit que lorsque la matière squirrheuse ou cancéreuse est enkystée, elle n'infecte l'économie que lorsque la dégénérescence s'empare des parois du kyste, et n'incommode que par son poids.

Muller dit que plus une tumeur s'individualise, plus elle se soustrait à l'influence guérissante et résorbante de l'économie; il convient d'ajouter que plus aussi l'organisme est soustrait à son influence.

Voilà ce que nous regardons comme un mode heureux de réaction de l'invidu contre le foyer morbide.

Un autre mode, c'est l'inflammation plus ou moins vive qui s'empare des parties environnant le mal. Cette inflammation, qui est ici, comme dans d'autres affections, la nécrose, la gangrène, l'indice d'un effort curateur naturel, est le plus souvent insuffisante, et par cela même mauvaise; car elle n'a d'autre effet que de soumettre une plus grande quantité de sang à l'influence morbifique, et de hâter ainsi l'extension de la maladie.

Cependant on l'a vue, dans quelques cas de cancer, être assez vive pour amener la guérison par gangrène. Dupuytren pensait qu'il n'était pas nécessaire de cautériser les ulcères cancéreux, et qu'il suffisait d'y amener une violente inflammation; c'était compter davantage sur l'effort naturel de la guérison.

Cette inflammation, lorsqu'elle est violente, a probablement aussi pour effet de changer le mode de vitalité vicié des parties avoisi-

nantes, et cela contribue aussi à expliquer le succès des caustiques arsénicaux, dont l'application détermine une congestion inflammatoire plus étendue et plus violente que les autres caustiques.

Les influences physiques. — Les irritations, les attouchements répétés, l'arrachement renouvelé des croûtes qui recouvrent les boutons cancéreux, les caustiques mal employés, sont les causes les plus graves et les plus fréquentes de la terminaison fâcheuse des tumeurs épidermiques. Cette influence, de tout temps reconnue, a fait donner à ces affections le nom de *noli me tangere*, et peut-être ce mot est-il trop oublié des praticiens, si l'on en juge par les observations recueillies. Ce mot ne veut pas dire que la maladie soit incurable. Les caustiques, si souvent employés d'une manière timide, agissent juste à l'encontre de leur but, et il est si difficile d'en faire un bon usage qu'on est tenté de les proscrire de la thérapeutique de cette maladie. Nul doute que dans des mains habiles ils ne donnent des succès; mais c'est au début surtout qu'ils sont employés avec des effets déplorables, lorsque le malade va consulter pour un petit bouton qui ne le fait pas souffrir, mais dont la persistance l'inquiète; c'est alors surtout qu'un coup de bistouri ou de ciseaux vaudrait bien mieux. Les caustiques, les irritations de toute espèce, agissent en déterminant cette subinflammation dont nous avons déjà parlé.

L'influence de ces actions extérieures ressort aussi de ce fait que la marche de la maladie est infiniment plus rapide aux lèvres qu'ailleurs, à cause des mouvements et des frottements multipliés dont ces parties sont le siége.

Les *influences morales* agissent comme l'âge en dérangeant la nutrition, en affaiblissant le ressort vital, et leur part a toujours été reconnue dans l'étiologie des cancers.

Après ces causes, dont l'influence se laisse apprécier plus ou moins facilement, il en est une foule d'autres toujours citées, mais si douteuses qu'il vaut mieux, jusqu'à nouvel ordre, les passer sous silence; cependant il en est une qui, par l'influence qu'elle a sur l'esprit du

médecin, et sur sa conduite thérapeutique, doit être discutée ; je veux parler de la diathèse cancéreuse que je vais examiner au point de vue de l'espèce cancéreuse qui m'occupe.

Le mot de *diathèse* n'a pas de signification précise bien reconnue ; il suffit pour s'en convaincre de lire la discussion à laquelle se sont livrés sur ce sujet les auteurs du *Compendium de médecine.* Pour certains auteurs la diathèse est la même chose que la prédisposition ; pour les autres c'est presque le synonyme de cachexie. Or, quand on parle de diathèse cancéreuse, on n'entend évidemment pas parler d'une simple prédisposition, car alors cette diathèse n'aurait pas l'importance qu'on lui attache. On n'entend pas non plus parler de cachexie, car celle-ci est un état mauvais, se traduisant à l'extérieur par des symptômes plus ou moins graves indiquant une altération profonde de la constitution, et l'on n'observe rien de pareil dans les premières périodes de l'affection cancéreuse. Si ce n'est ni une simple prédisposition, ni une cachexie, qu'est-ce donc ? MM. Bayle et Cayol disent que la diathèse cancéreuse (*Dict. des sc. méd.*) est cette disposition intérieure qui est la véritable et unique cause de la récidive du cancer après son extirpation, et à laquelle est dû le développement simultané et successif de plusieurs maladies cancéreuses dans divers organes souvent très-éloignés les uns des autres.

L'admission de cette disposition intérieure est une hypothèse pure, destinée à expliquer ces trois circonstances de récidive, de développement simultané, et de développement successif des tumeurs cancéreuse. C'est une hypothèse qu'aucun autre signe que ceux-là ne vient appuyer. Or, elle est inutile, appliquée aux tumeurs dont nous traitons, parce que les récidives, lorsqu'elles ont lieu, s'observent sur le lieu même de l'opération ou aux environs, ou dans les ganglions de la partie, et que par conséquent il est beaucoup plus simple de les attribuer, comme M. Roux l'a fait dans ses *Vues générales sur le cancer*, à ce qu'on a laissé des portions de tissu déjà malades, ou ayant déjà contracté le vicieux mode de nutrition qui détermine l'accroissement

du mal. Elle est inutile pour expliquer le dépôt simultané des tumeurs en des points différents du corps, parce que presque toujours on ne voit à la fois qu'un seul *noli me tangere,* et que justement dans les cas où les tumeurs épidermiques sont multiples (verrues, cornes, kystes), c'est alors qu'elles restent habituellement bénignes. Du reste, sans parler spécialement du cancer de la peau, cette simultanéité de développement des tumeurs cancéreuses primitives dans différents organes est excessivement rare, et ne peut servir à établir une théorie générale du cancer. J. Hunter dit que cela ne se voit qu'une fois sur cinq cents; il ajoute n'avoir jamais observé le cancer dans deux parties différentes de la même personne (J. Hunter, *Leçons de chirurg.*). Elle est inutile pour expliquer le développement successif, parce que la première tumeur est là qui suffit pour que son influence sur les parties voisines, sur les ganglions, et de là sur tout le corps, fasse comprendre le développement de cancers secondaires. Une plus puissante objection à l'admission de la diathèse cancéreuse, c'est la parfaite similitude de structure des verrues, des kystes. Dire que les porteurs de ces affections présentent une diathèse cancéreuse serait absurde, et c'est pourtant là que nous serions conduit si nous admettons que l'identité du produit morbide tient à une identité de cause.

L'exposé que j'ai fait des conditions nécessaires pour qu'une tumeur épidermique soit maligne, me paraît suffire parfaitement à faire comprendre son développement, sa marche et ses suites fâcheuses, sans recourir à l'hypothèse d'un vice cancéreux préexistant à sa première apparition. Rechercher la cause de cette première apparition me semble aussi inutile qu'il le serait de rechercher la cause première d'un lipôme.

Ajoutons à ce qui précède que le cancer de la peau a été regardé par tous les pathologistes comme offrant certaines dissemblances avec les autres cancers.

§ III.

L'étude anatomique des cancers de la peau, en nous amenant à la

conviction profonde qu'il ne faut voir dans cette affection qu'un mal primitivement local, qui se généralise peu à peu, en étendant successivement son influence à de plus grandes distances, ne nous apprend rien, quant à son traitement, qui n'ait été dit et redit. Cependant elle nous conduit à préciser certaines règles reconnues de traitement, et à en rejeter d'autres que nous regardons comme dangereuses dans leur application.

On a distingué le traitement des *noli me tangere*, etc., en traitement prophylactique et traitement curatif. Le traitement prophylactique s'adresse aux boutons ou verrues qu'on regarde comme pouvant devenir, à la suite d'irritations répétées, le siége d'une dégénération carcinomateuse. Il consiste à les préserver de toute action irritante extérieure; et M. Lisfranc ajoute que lorsque ces boutons bénins viennent à s'ulcérer, il faut en toucher la surface avec le nitrate d'argent, et panser l'ulcère avec de la charpie trempée dans du vin aromatique ou du chlorure de soude. Ce dernier conseil nous paraît mauvais, car c'est presque toujours à la suite de traitements analogues qu'on voit le mal s'exaspérer; quant au premier, il serait bon certainement s'il était possible de le suivre et si l'âge ne venait ensuite hâter par lui-même le développement de la maladie. Nous avons vu que la nature de ces boutons ne change point; qu'ils sont composés des mêmes éléments que le cancer cutané le plus volumineux : donc c'est à débarrasser le plus tôt possible le malade de ce foyer morbide qu'il faut s'attacher. Il ne faut pas, je pense, se reposant sur la bénignité apparente du mal, recommander au malade de n'y pas toucher, quitte à se décider à une opération si l'on voit le mal grandir. Plus le bouton est petit, plus il est stationnaire, moins on aura de tissus circonvoisins à enlever, tandis que s'il est en voie de progrès, l'action thérapeutique devra être portée bien plus loin pour n'agir que sur des tissus parfaitement sains; la marche rapidement progressive du mal indiquant assez que les tissus avoisinants ont contracté la disposition morbide qui précède l'altération anatomique. Je pense donc, contrairement à ce qui est reçu par beaucoup de prati-

ciens, que l'on doit choisir l'époque où le mal est stationnaire pour opérer. Je sais bien qu'il est plus facile de conseiller que d'agir en pareil cas, les malades se résignant difficilement à une opération pour un mal si simple en apparence. J'ajoute qu'il faut complétement rejeter ces expressions de *boutons bénins qui dégénèrent,* de *boutons de mauvaise nature;* elles ne sont propres qu'à jeter dans l'erreur : tel se félicitera de n'avoir rien fait contre un mal qui reste stationnaire; tel autre qui aura opéré un bouton ne croira pas avoir guéri un cancer en germe.

C'est donc au traitement curatif qu'il faut avoir recours dès l'origine. Deux principaux moyens ont été préconisés, les caustiques et le bistouri.

A. *Les caustiques.* — La plupart des chirurgiens reconnaissent que la cautérisation est une arme dangereuse, et dont l'usage exige de la hardiesse et une grande habitude; presque toutes les observations que j'ai recueillies portent sur des sujets qui ont été soumis à des traitements divers par les caustiques, et chez presque tous l'accroissement et l'accélération dans la marche de la maladie date de leur emploi; chaque application semble déterminer une recrudescence. Nul doute que l'on obtienne des guérisons, mais elles sont achetées par trop d'insuccès.

Il est une espèce de caustique employé bien anciennement, souvent remis en honneur, et dont M. Manec, en particulier, a obtenu dans ces derniers temps des succès remarquables. Plusieurs exemples en ont été consignés dans la thèse de M. Serré. M. Manec attribue au caustique arsenical l'avantage de n'agir ni trop ni trop peu, d'agir juste dans les limites du mal par une sorte d'empoisonnement du tissu cancéreux. Ce prétendu avantage est en contradiction avec le précepte le plus généralement reconnu dans le traitement des cancers, celui d'enlever au pourtour du mal une étendue plus ou moins considérable de tissus sains. Ce précepte est basé sur cette idée qu'autour du produit morbide, il existe probablement une auréole de tissus ayant déjà

contracté par influence la disposition morbide. Cette idée est celle que Hunter formulait par ce qu'il appelait la *distance spécifique locale des effets*. C'est cette distance qu'il s'agit de dépasser par l'opération.

Nous avons déjà fait remarquer deux circonstances qui paraissent propres à faire disparaître cette apparente contradiction, et que nous rappelons ici: ce sont, 1° la congestion inflammatoire violente et étendue qui s'empare des tissus voisins du siége de l'application caustique; 2° l'action en quelque sorte spécifique de l'arsenic sur la formation pileuse.

Le caustique arsenical serait donc préférable aux autres, si d'un autre côté il n'exposait pas parfois à des accidents graves et imprévus d'empoisonnement. M. Serré rapporte dans sa thèse le fait d'un homme mort à la Clinique, après six applications de pâte arsenicale; il attribue cette mort à une apoplexie séreuse, due elle-même à ce qu'on aurait négligé l'emploi d'un exutoire; les accidents que cet homme présenta furent du délire, des convulsions et de la fièvre. Ne sont-ce pas là plutôt des accidents d'empoisonnement? J'ai vu, en 1842, dans le service de chirurgie de l'hôpital Saint-Antoine, un homme en proie aussi à des accidents cérébraux graves, à la suite d'une pareille application. Bien d'autres faits ont été cités qui portent beaucoup de chirurgiens à redouter l'emploi de ce caustique.

C'est donc à l'extirpation sanglante qu'il faut en général donner la préférence, car avec le bistouri, le chirurgien sait parfaitement ce qu'il fait, et est bien plus sur d'agir comme il l'entend.

La conviction profonde que nous avons de la nature purement locale du cancer primitif de la peau, montre comment pour nous la fréquence des récidives dont sont suivies les opérations de cancer des lèvres, de la face, etc., ne peut s'expliquer que par ceci, que les règles à suivre dans ces observations ne sont pas toutes bien précisées, et que celles établies ne sont pas toujours rigoureusement suivies.

Les règles communes à toutes les ablations de cancers externes, applicables par conséquent aux cancers cutanés, sont relatives à l'époque à laquelle on doit opérer, et à la manière d'y procéder. Quant à

l'époque, j'ai déjà dit que tout en croyant opérer de bonne heure, on perd quelquefois un temps précieux sous prétexte de prophylaxie, et parce qu'on croit n'avoir affaire qu'à un bouton bénin, quoique susceptible de dégénération. Quant à la manière d'opérer, on est bien d'accord pour opérer légèrement, sauf quelques cas dans lesquels des barrières fibreuses existent, qui s'opposent à l'extension du mal, et qu'on n'a pas besoin de dépasser. M. Lisfranc a surtout signalé ces cas à propos de ses *cancers superficiels qu'on croyait profonds;* la même exception est encore à observer dans les cas de tumeurs enkystées. En général, il faudrait dépasser la distance locale spécifique du cancer; mais là git la difficulté, quelle est cette distance? L'expérience nous apprend que très-probablement on ne la dépasse pas assez habituellement. M. Lisfranc, qui aime à préciser en médecine opératoire, dit qu'il faut enlever 1 centimètre et 5 millimètres de tissus sains (par ces mots, il faut entendre des tissus ne contenant pas encore de dépôt morbide, quoique malades au fond). Il est évident que cette règle est donnée pour les cancers assez volumineux. Il est très-probable qu'à mesure que la tumeur grandit et peut-être aussi que l'âge augmente, la distance locale spécifique de ses effets s'étend aussi, et que cela doit être la règle de la conduite chirurgicale; mais ici double difficulté: si le bouton est petit, on hésite à faire une large perte de substance, et si le mal est étendu, les nécessités de la restauration des parties retiennent le bistouri trop près du mal. Ces deux seules circonstances peuvent expliquer bien des récidives; j'estime donc que dans les cas de petites tumeurs, il faut moins craindre de défigurer son malade. Si l'on ne veut s'exposer à une récidive, que le malade désespéré ne voudra peut-être pas laisser opérer de nouveau, et qui forcera à une perte de substance bien autre, et que dans les grandes tumeurs où le malade est déjà défiguré, il faut être moins coquet, et ne pas vouloir à toute force refaire une figure plus ou moins régulière. Ce qui me confirme dans cette opinion, c'est que les chirurgiens ont été frappées du plus grand nombre de succès qu'ils obtiennent dans des affections de même nature, mais siégeant en d'autres points où ils ont

pour ainsi dire la faculté de tailler en plein drap (cancer de la verge, cancer des ramoneurs). (Perc. Pott, Earle.)

Une dernière règle de conduite est celle qui consiste à poursuivre avec acharnement les récidives qui ont lieu dans l'ancien siége du mal, en opérant plus largement qu'on ne l'a fait d'abord. Si la récidive avait lieu dans les ganglions ou que les ganglions fussent pris avant toute opération, on sait qu'ici se présenterait une question très-délicate, celle de savoir si les ganglions sont devenus le siége d'un cancer secondaire, ou s'ils ne sont que le siége d'un engorgement inflammatoire; je crois que tant qu'on n'observera aucun autre signe de cachexie, le chirurgien devra opérer.

Lorsque cette cachexie est arrivée, ou lorsque l'altération est tellement située ou étendue qu'on ne peut opérer, il ne reste plus à faire qu'un traitement palliatif.

EXPLICATION DES PLANCHES.

PLANCHE I.

Fig. 1. Cancer ulcéré de la lèvre. (Voy. observ. 9.)

Fig. 2. Coupe de ce même cancer offrant sur ses bords la forme papillaire et 5 noyaux principaux de la forme folliculaire.

Fig. 3. Papille morbide dessinée à un grossissement de 150 fois environ.

Fig. 4. Cellules de la même tumeur (gross. 500 fois), (*a*) noyaux et jeunes cellules, (*b*) cellules plus avancées, (*c*) squames plissées et irrégulières.

Fig. 5. Tumeur papillaire avec excroissance cornée provenant du service de M. Lisfranc; vue d'une coupe pratiquée au milieu même de la tumeur et perpendiculairement à la peau; on apperçoit les papilles morbides blanches, enchâssées dans la masse épidermique qui les surmonte.

Fig. 6. Surface d'un bouton de mauvaise nature dégagé de la croûte qui le recouvrait. Aspect mûriforme dû à la saillie des papilles morbides. (Voy. observ. 5.)

PLANCHE II.

Fig. 1. Coupe d'une tumeur épidermique folliculaire de la lèvre. (Observ. de Veisgerber, 8.)

Fig. 2. Une tranche mince du tissu de la tumeur précédente, dessinée à un grossissement de 40 fois environ, et montrant les corps folliculaires avec leur apparence striée.

Fig. 3. Cellules de la tumeur précédente.

Fig. 4. Corps folliculaire (gross. 500 fois) formé de jeunes cellules.

Fig. 5. Feuillet concentrique de la portion la plus extérieure d'un kyste athéromateux (gross. de 150 fois). On apperçoit de vieilles cellules squameuses sans noyau, des cristaux de cholestérine et des fibres cellulaires.

Fig. 6. Cellules d'un cancer du scrotum. (Voy. obs. 11.) (Gross. 500 fois.)

Fig. 7. Cellules d'encéphaloïde des ganglions inguinaux. (Obs. 13.) Gross. 500 fois.

Fig. 8. Cellules d'un squirrhe de la mamelle, opéré par M. Lenoir en 1845, dans son service. (Gross. 500 fois.)

Fig. 9. Cellules d'un encéphaloïde du cou, opéré aussi par M. Lenoir. (Gross. 500 fois.)

Nota. — Les grossissements ne sont indiqués que suivant les diamètres.

QUESTIONS

SUR

LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Physique. — Donner les résultats obtenus par MM. Becquerel et Breschet sur les températures des organes.

Chimie. — Du carbonate de plomb.

Pharmacie. — Des principes sur lesquels sont fondés les procédés par lesquels on charge les eaux minérales factices d'acide carbonique, de matières salines et de produits sulfureux.

Histoire naturelle. — Caractères de la famille des renonculacées.

Anatomie. — De la position respective des vaisseaux artériels et veineux dans l'intérieur de la rate.

Physiologie. — Des fonctions du nerf de la cinquième paire.

Pathologie externe. — De la cure radicale des hernies.

Pathologie interne. — Du mode de production des tubercules pulmonaires.

Pathologie générale. — Des altérations que l'inflammation détermine dans les membranes muqueuses.

Anatomie pathologique. — Des kystes acéphalocystes (anat. et phys. path. en général).

Accouchements. — De la grossesse multiple.

Thérapeutique. — De la composition des eaux minérales alcalines.

Médecine opératoire. — De l'ablation du testicule.

Médecine légale. — De la détermination de chaque âge en particulier.

Hygiène. — Du régime qui convient au tempérament dit lymphatique.